

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

**SALUD MENTAL EN  
POBLACION " SIN HOGAR ".**

**ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO  
EN ALBERGUES PARA TRANSEUNTES  
EN GIJON (ASTURIAS):  
PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS Y  
USO DE SERVICIOS MEDICOS Y DE SALUD MENTAL**

**LUIS SANTIAGO VEGA GONZALEZ**

Dirigida por:

- **PROF. TOMAS PALOMO ALVAREZ**

Facultad de Medicina Universidad Complutense de Madrid

- **PROF. JOSE LUIS VAZQUEZ - BARQUERO**

Facultad de Medicina Universidad de Cantabria



CIUDAD UNIVERSITARIA  
TELEF. 394 14 97  
FAX 394 15 06  
28040 MADRID

DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

TOMAS PALOMO ALVAREZ, PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

C E R T I F I C A :

Que el trabajo titulado "Salud Mental en Población sin Ho-  
gar. Estudio Epidemiológico para Transeuntes de Gijón (As-  
turias): Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos y uso de  
Servicios Médicos y de Salud Mental", realizado por Luis -  
Santiago Vega bajo mi dirección, reúne los requisitos nece-  
sarios para ser presentado y defendido públicamente ante -  
Tribunal.

Madrid, 3 de Junio de 1994



# UNIDAD DE INVESTIGACION EN PSIQUIATRIA SOCIAL DE CANTABRIA

Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Universidad de Cantabria



SOCIAL PSYCHIATRY RESEARCH UNIT OF CANTABRIA  
UNIVERSITY HOSPITAL "MARQUES DE VALDECILLA"  
UNIVERSITY OF CANTABRIA

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
COLLABORATING CENTRE FOR RESEARCH  
AND TRAINING IN MENTAL HEALTH. SPAIN

Director Prof. JL Vázquez-Barquero

El Prof. JOSE LUIS VAZQUEZ-BARQUERO, Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria, y Director de la Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria,

## CERTIFICA:

Que el trabajo titulado "Salud Mental en Población sin Hogar. Estudio Epidemiológico en Albergues para Transeuntes de Gijón (Asturias): Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos y uso de Servicios Médicos y de Salud Mental" realizado por Luis Santiago Vega González, ha sido realizado bajo mi dirección.

Santander, 30 de Mayo de 1994



CIUDAD UNIVERSITARIA  
TELEF. 394 14 97  
FAX 394 15 06  
28040 MADRID

DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

ALFREDO CALCEDO ORDOÑEZ, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIA-  
TRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNI-  
VERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

C E R T I F I C A :

Que el trabajo "Salud Mental en Población sin Hogar. Estudio Epidemiológico en Albergues para Transeuntes de Gijón (Asturias): Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos y uso de Servicios Médicos y de Salud Mental", realizado por Luis Santiago Vega González bajo la dirección de los Profs. Tomás Palomo Álvarez y José Luis Vázquez-Barquero, reúne los requisitos necesarios para ser defendido públicamente ante Tribunal para la obtención del Grado de Doctor.

Madrid, 3 de Junio de 1994





## INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS

El trabajo de Tesis "Salud Mental en Población sin Hogar. Estudio Epidemiológico para Transeuntes de Gijón (Asturias): Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos y uso de Servicios Médicos y de Salud Mental", - realizado por D.Luis Santiago VEGA GONZALEZ bajo nuestra dirección, - reúne los requisitos de originalidad y rigor metodológico necesarios - para ser presentado y defendido públicamente ante Tribunal para optar al Grado de Doctor.

V.º B.º  
EL TUTOR (2)

El Director de la Tesis

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(fecha y firma)

D.N.I.:

34 877.060

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(fecha y firma) 11-4-94

D.N.I.: 51309298

## INFORME DEL CONSEJO DE DEPARTAMENTO

El trabajo de Tesis "Salud Mental en Población sin Hogar. Estudio Epidemiológico en Albergues para Transeuntes de Gijón (Asturias): Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos y uso de Servicios Médicos y de Salud Mental", realizado por D.Luis Santiago Vega González, - bajo la dirección de los Profs. Tomás Palomo Álvarez y José Luis Vázquez-Barquero, reúne los requisitos necesarios para ser presentado y defendido públicamente ante Tribunal, para optar al Grado - de Doctor.

Fecha reunión  
Consejo Departamento  
12-4-94



Director del Departamento

Fdo.: Prof. A. Calcedo Ordoñez  
(fecha y firma)  
13-4-94

*A CLARA ,  
compañera querida*

## **A G R A D E C I M I E N T O S**

Una de las primeras personas «sin hogar» que participó en este estudio me regaló, al finalizar nuestro encuentro... un salmón. Bien empezamos. Ciertamente no era un salmón cualquiera: sus diez centímetros de tamaño, su color naranja fosforescente y – tal vez la principal diferencia con los del río Narcea – el material plástico con el que estaba fabricado lo hacían especial... aunque su valor principal era el de haber sido regalado. En muy segundo plano queda el diagnóstico psiquiátrico de quien lo regaló.

Este "salmón" simboliza los otros muchos "regalos" que durante el tiempo de realización de esta tesis he recibido y que ahora quiero brevemente agradecer.

Al Profesor Tomás Palomo, por su capacidad para combinar la calidad humana como médico psiquiatra con el rigor científico. Por su confianza y estímulo profesional.

Al Profesor José Luis Vázquez – Barquero, por su disponibilidad y apoyo.

Al Dr. Víctor Aparicio, quien facilitó en todo momento la realización de este estudio y enriqueció con sus comentarios la propia reflexión sobre la atención al enfermo mental en la comunidad.

A los muchos compañeros de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias de quien pude aprender y quienes colaboraron muy valiosamente en algunas de las fases de este estudio:

- a los doctores E. Peñuelas, J.R. Hermida, J.L. Pedreira, Rafael Fernández (psicólogo clínico), Lina Menéndez (trabajadora social) y otros con quien pude contrastar diferentes aspectos de la atención al enfermo mental sin hogar con su experiencia y conocimientos;

- al Dr. J. Montejo, gerente de los Servicios de Salud Mental, por su apoyo institucional al proyecto;

- a M. Eguiagaray y resto de personal de la Unidad de Evaluación, por su laborioso y eficaz trabajo de búsqueda informática en el Registro de Casos;

- a Helíodoro y Julia, de la Unidad de Informática, por su colaboración en la creación de la base de datos de esta investigación;

- al personal de la biblioteca Rodríguez Lafora

Muy en especial, al equipo de trabajadoras sociales de la Oficina de Información al Transeúnte de Gijón: M<sup>a</sup> Elena Alonso, M<sup>a</sup> de los Angeles Alvarez, Rosa María Alvarez, Adoración Calderón, Julia M<sup>a</sup> Castro y Milagros Castro, por su efectiva colaboración en este estudio a lo largo de más de un año. Además, por su espíritu solidario ante los problemas de las personas sin hogar. Sus observaciones críticas sobre la atención a las personas sin hogar enfermas mentales me han sido de gran interés. Espero que nos hayamos podido poner de acuerdo en que su calidad de vida en la comunidad no sólo depende de los psiquiatras.

A mis amigos Paloma Rico, médico psiquiatra, y Luis Aranguren, con quien surgió el interés por la problemática de los sin hogar (y tantas otras cosas).

A Luis Felipe Mazadiego y Enrique Chacón, profesores de la Escuela de Ingeniería de Minas (Madrid), por su ayuda en el tratamiento estadístico de los datos.

A mis padres, quienes me regalaron la experiencia de «hogar» para toda la vida.

A tantas otras personas cercanas, cuyo apoyo no sólo fue afectivo: a mis hermanos Magel y Leticia, a Miguel y a Julio (cruciales ayudas en momentos de pánico informático). A Clara, equilibrio y sentido común en muchos momentos del trabajo, y, faltaría más, a Germán... quien colaboró (a su manera) en las últimas fases de esta tesis.

Y cierro el círculo, con mi agradecimiento a cada una de las personas sin hogar que durante este año participaron en este trabajo. Mi respeto hacia los esfuerzos de tantas personas que, a pesar de su difícil situación, luchan por mantener su propia dignidad y reconstruir su compleja vida.

¡¡ Lo mucho que cabe en diez centímetros de "salmón" !!

Madrid, Junio 1994

Trabajo financiado por el  
FONDO DE INVESTIGACIONES SANITARIAS  
de la Seguridad Social (FIS)

( Expediente 94 / 0320 )

# **INDICE**

## **1. INTRODUCCION**

- Actualidad del fenomeno de los *sin hogar* en relación con las politicas de desinstitucionalización psiquiátrica (5)

## **2. TRANSEUNTES Y POBLACION SIN HOGAR**

### **2.1 CUESTIONES PREVIAS**

- 2.1.1 Algunas precisiones terminológicas: *sin hogar*... ¿un nuevo término? (10)

- 2.1.2 Algunas cuestiones críticas (14)

### **2.2 ASPECTOS SOCIOLOGICOS**

- 2.2.1 El debate sobre las causas (18)

- 2.2.2 Algunos rasgos socio-demográficos (30)

- 2.2.3 Tipologías de poblacion *sin hogar* (42)

## **2.3 ASPECTOS MEDICOS**

### **2.3.1 Salud general en población *sin hogar* (46)**

## **2.4 ASPECTOS PSICOLOGICOS Y PSIQUIATRICOS**

### **2.4.1 Sociedad y marginación de los enfermos mentales (56)**

### **2.4.2 El estrés de la vida en la calle (58)**

### **2.4.3 Significación semiológica de la fuga, el vagabundeo y el descenso social (63)**

### **2.4.4 Significación psicopatológica de las conductas de fuga, vagabundeo y descenso social (72)**

### **2.4.5 Estructuras de atención psiquiátrica y los enfermos mentales sin hogar (75)**

## **3. APLICACION DEL METODO EPIDEMIOLOGICO AL ESTUDIO DE LA POBLACION *SIN HOGAR***

### **3.1 CUESTIONES METODOLOGICAS PREVIAS**

#### **3.1.1 Definición de *sin hogar* (81)**

#### **3.1.2 Detección de psicopatología en los *sin hogar* (84)**

#### **3.1.3 Solapamiento de la población enferma mental *sin hogar* con otras de interés psiquiátrico (94)**



3.1.4 Heterogeneidad de la población *sin hogar* (96)

3.1.5 Movilidad témporo – espacial (98)

### 3.2 ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA Y DE SALUD MENTAL EN LA POBLACION *SIN HOGAR*

3.2.1 Estudios en urgencias, hospitalización psiquiátrica y otros dispositivos sanitarios (101)

3.2.2 Estudios en albergues, en la calle y otros recursos de la comunidad (105)

3.2.3 "*Sin hogar* enfermos mentales" versus "*sin hogar* no enfermos mentales" (111)

3.2.4 "*Sin hogar* enfermos mentales" versus enfermos mentales con domicilio (112)

3.2.5 Otros estudios longitudinales (114)

3.2.6 Historia de tratamiento psiquiátrico y uso de servicios de salud mental (117)

3.2.7 Salud mental de la población *sin hogar* en España (121)

## 4. OBJETIVOS (125)

## 5. MATERIAL Y METODO (128)

### 5.1 CRONOGRAMA DEL ESTUDIO (128)

### 5.2 LOS *SIN HOGAR* Y TRANSEUNTES EN ASTURIAS (132)

#### 5.2.1 Marco sociológico (133)

#### 5.2.2 La "Oficina de Información al Transeunte" de Gijón (137)

### 5.3 MUESTRA DE ESTUDIO (139)

### 5.4 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION (140)

### 5.5 INSTRUMENTOS (140)

#### 5.5.1 Cuestionarios socio-demográficos, de soporte social, vida *sin hogar* y transeúnte y de uso de servicios médicos y de salud mental (143)

#### 5.5.2 El *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (146)

### 5.6 FUENTES DE INFORMACION COMPLEMENTARIAS (149)

### 5.7 TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS (150)

## **6. RESULTADOS (152)**

### **6.1 DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS (156)**

### **6.2 SOPORTE SOCIAL (164)**

### **6.3 TRANSEUNTISMO (168)**

### **6.4 USO DE SERVICIOS MEDICOS (187)**

#### **6.4.1 Problemas de salud (física) actuales**

#### **6.4.2 Adherencia al tratamiento médico pautado**

#### **6.4.3 Uso de servicios médicos**

### **6.5 EVALUACION PSIQUIATRICA (CIDI / ENTREVISTA ALTERNATIVA) (196)**

#### **6.5.1 Prevalencia actual (ultimo mes)**

#### **6.5.2 Prevalencia *lifetime***

#### **6.5.3 Diagnóstico dual actual (último mes)**

### **6.6 USO DE SERVICIOS PSIQUIATRICOS Y DE SALUD MENTAL (209)**

#### **6.6.1 Antecedentes de tratamiento psiquiátrico**

#### **6.6.2 Tratamiento psiquiátrico actual**

### **6.7 VALORACION DE LA TRABAJADORA SOCIAL DE LA O.I.T. (219)**

### **6.8 ANALISIS DE LOS RECHAZOS (234)**

6.9 COMPARACION SEGUN SEXO (238)

6.10 COMPARACION SEGUN TIEMPO *SIN HOGAR* (245)

6.10 COMPARACION SEGUN TIPOLOGIA (252)

6.11 COMPARACION SEGUN DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL (263)

6.12 EX-PACIENTES DE LARGA ESTANCIA DESINSTITUCIONALIZADOS DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO REGIONAL (OVIEDO) (272)

## 7. DISCUSION

7.1 VALIDEZ Y LIMITACIONES DE LA METODOLOGIA DE INVESTIGACION  
EMPLEADA (277)

7.1.1 Lugar de seleccion muestral

7.1.2 Metodo de seleccion muestral

7.1.3 Indicadores de salud mental

7.1.4 C.I.D.I.

7.2 ANALISIS DE LOS RECHAZOS (285)

7.3 RASGOS SOCIO-DEMOGRAFICOS (287)

7.4 RED DE SOPORTE SOCIAL (291)

7.5 MOVILIDAD GEOGRAFICA (298)

7.6 OTRAS CARACTERISTICAS DE LA VIDA MARGINAL (300)

7.7 ESTADO DE SALUD (FISICA) (303)

7.8 USO DE SERVICIOS MEDICOS (306)

7.9 PREVALENCIA *LIFETIME* DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS SEVEROS  
(307)

7.10 ACTOS SUICIDAS A LO LARGO DE LA VIDA (309)

7.11 PREVALENCIA TRATADA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS SEVEROS A  
LO LARGO DE LA VIDA (311)

7.12 PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS (314)

7.12 USO DE SERVICIOS PSIQUIATRICOS Y DE SALUD MENTAL (321)

7.13 DESINSTITUCIONALIZADOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO REGIONAL  
(OVIEDO) (323)

8. CONCLUSIONES (326)

9. BIBLIOGRAFIA (331)

## **0. ANEXO**

0.1 Entrevista socio-demografica y de vida *sin hogar*

0.2 Valoracion trabajadora social

0.3 Hoja de datos basicos servicios de salud mental asturias

0.4 ANEXO DE PRENSA

# **I N T R O D U C C I O N**

## INTRODUCCION

En los países donde la desinstitucionalización psiquiátrica está siendo llevada a cabo, una de las problemáticas que ha cobrado magnitudes más preocupantes es la de los enfermos mentales sin hogar. Las relaciones entre ambos hechos son polémicas.

En España, sin embargo, la literatura especializada no refleja aún este fenómeno como un foco de interés en la investigación y en la continua reflexión crítica que necesariamente ha de acompañar a la reforma psiquiátrica en curso.

Todo lo contrario a lo que observamos en otros países de nuestro entorno, en especial los Estados Unidos, donde desde principios de los ochenta surge – y se mantiene aún – un vivo debate sobre los «*homeless*». Con este neologismo se refieren a las personas sin hogar que, cada vez en mayor número, con menor edad promedio y con un creciente porcentaje de mujeres con cargas familiares y de enfermos mentales crónicos entre ellos, vagan por sus calles. Debate – como la complejidad y multicausalidad del problema exige – que no sólo afecta a los profesionales de la Salud Mental, sino al conjunto de la sociedad.

En lo que a los enfermos mentales sin hogar atañe, numerosos estudios epidemiológicos tratan de analizar las causas, necesidades y posibilidades de intervención ante esta situación.

Otros trabajos y reflexiones desde el campo del Trabajo Social, la Sociología o la Antropología han enriquecido el debate sobre los sin hogar en general y los sin hogar enfermos mentales en particular. Todo ello ha ido provocando asimismo modificaciones en las políticas de desinstitucionalización iniciadas en los años cincuenta, así como la implicación de numerosos colectivos profesionales y ciudadanos.



Sin embargo, dadas las significativas distancias existentes entre la realidad socio-económica y cultural norteamericana y nuestro medio, es arriesgado extrapolar sin más los datos y líneas de trabajo y discusión que recoge la literatura internacional. Al menos no sin antes analizar de qué forma se manifiesta el fenómeno entre nosotros.

En España, salvo un estudio epidemiológico en Aranjuez (RICO, 1991) y algunos análisis de experiencias asistenciales piloto en Madrid (como el *Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Desinstitucionalización Psiquiátrica* de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid – RODRIGUEZ GONZALEZ, 1992 – o los pisos de acogida para enfermos mentales sin hogar gestionados por el Centro de Acogida Municipal del Ayuntamiento de Madrid: ver *Anexo de prensa "El País" 2 Mayo 1993*) o en el Ayuntamiento de Barcelona (PASCUAL y RAMIREZ, 1993), tenemos poca información sobre esta problemática.

No obstante, empiezan ya a surgir periódicamente en los medios de comunicación diferentes informaciones concernientes a los sin hogar en general y a aquellos con trastornos mentales severos y/o crónicos en particular. No pocas veces, aunque sin datos rigurosos, como denuncia "sobre la situación de los enfermos mentales en las calles" o abriendo la polémica pública sobre las "nuevas formas de atención psiquiátrica" (ver *Anexo de prensa: "El País" 30 Diciembre 1991, "La Voz de Asturias" 3 Octubre 1990, "La Nueva España" 17 Marzo 1991, 22 Marzo 1992, 8 Noviembre 1992*).

Igualmente, de forma más cercana y crítica, los profesionales que atienden directamente a los sin hogar (Cáritas y otras organizaciones tanto públicas como no gubernamentales, albergues y comedores, policías municipales, etc...) se hacen eco de la situación en sus jornadas y foros de debate (CARITAS ESPAÑOLA, 1984; FEDERACION ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS, 1986; CARITAS ESPAÑOLA, 1992). En ellos, en ocasiones expresan su desbordamiento y dificultades para manejar las complejas conductas que en ocasiones muestran los cada vez más numerosos enfermos mentales graves que han de atender (ALMUNI, 1984; EQUIPO O.I.T., 1994).

Por todo ello, *"sin poner en duda que las experiencias desinstitucionalizadoras han mejorado la calidad de vida y de asistencia a muchos enfermos psiquiátricos"* (en las comunidades de nuestro país donde tales reformas se están llevando a la práctica), algunos autores cualificados se refieren ya en sus análisis, partiendo de la experiencia clínica más que de datos epidemiológicos, a *"grupos específicos sin soporte social alguno y con deterioros importantes que (con la desinstitucionalización) han pasado directamente del manicomio a la mendicidad, a los albergues sociales o a la marginación lumpem, pura y simplemente"* (BACA, 1992).

Estos mismos grupos de enfermos mentales sin hogar han sido en ocasiones objeto de polémicas, tanto en medios de comunicación (*ver Anexo de prensa*) como en la misma literatura profesional (GONZALEZ DURO, 1988; DESVIAT, 1988; GARCIA-ESTRADA, 1989), sobre el modelo de asistencia psiquiátrica que se está construyendo en nuestro país.

La polémica probablemente continuará, al desarrollar un modelo que, como el comunitario, pretende subrayar los aspectos terapéuticos de la atención al enfermo mental sobre las funciones custodiales y de control social que clásicamente ha tenido que jugar la Psiquiatría.

Más aún si todo ello se conjuga con factores como los que tan negativamente han determinado la magnitud del problema en los Estados Unidos: crisis económica, recortes de las prestaciones de protección social, encarecimiento del mercado de viviendas, cambios en la estructura familiar...

Dada la peculiar situación de la reforma psiquiátrica en Asturias, una de las comunidades que más ha avanzado en la misma en nuestro país (APARICIO y SANCHEZ, 1990), creemos que éste es un buen lugar desde donde aportar algunos datos epidemiológicos al debate. Nos interesan en especial cuestiones como las siguientes:

- ¿Cuántas de las personas que acuden a los dispositivos sociales de atención al transeúnte padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico lo suficientemente severo como para requerir asistencia psiquiátrica?
- ¿Cuáles son los trastornos mentales que más habitualmente presenta dicho grupo de población?
- ¿Con qué frecuencia padecen dichos trastornos en el momento actual (prevalencia puntual) y a lo largo de su vida (prevalencia *lifetime*)?
- ¿Cuál es el uso de los servicios médicos generales y de salud mental que la población sin hogar realiza?
- ¿Se constatan entre los sin hogar que padecen enfermedades mentales severas y/o crónicas rasgos socio-demográficos y patrones de uso de servicios médicos y de salud mental específicos, diferentes a los que detectamos en el resto de la población sin hogar?
- ¿Es adecuado el desarrollo de los Servicios de Salud Mental de orientación comunitaria en nuestro medio para captar y atender a las necesidades de los sin hogar enfermos mentales que acuden puntual o habitualmente a los servicios sociales de atención al sin hogar?

**TRANSEUNTES**  
**Y**  
**POBLACION**  
**« SIN HOGAR »**

# TRANSEUNTES Y POBLACION " SIN HOGAR "

"Todo aquel que no experimente, ante todo,  
la miseria como una presencia y una herida en sí mismo,  
nos hará objeciones vanas y objeto de polémicas en falso"

(ENMANUEL MOUNIER. Obras Completas, vol.I)

## 2.1 CUESTIONES PREVIAS

### 2.1.1 ALGUNAS PRECISIONES TERMINOLOGICAS: "SIN HOGAR"... ¿UN NUEVO TERMINO?

Vamos a recoger en estas primeras páginas algunas reflexiones con las que delimitar el tipo de población objeto de interés en esta investigación.

En la literatura anglosajona (tanto en el campo de la Salud Mental como en los escritos sociológicos o antropológicos) ha ido afianzándose progresivamente el término «*HOMELESS*» (literalmente, "sin hogar") – y su derivado «*HOMELESS MENTALLY ILL*» ("sin hogar enfermo mental" o "enfermo mental sin hogar", aunque para COHEN y THOMPSON (1992) la diferencia no es sólo semántica). Dicho término hace referencia a aquellas personas que, junto a sus más básicas carencias de vivienda y recursos económicos, suelen acumular otra serie de penurias (recursos económicos, red socio-familiar de apoyo, etc...), motivo por el que van progresiva y rápidamente introduciéndose en un tipo de vida marginada socialmente y con patrones de supervivencia característicos (uso de albergues para

indomiciliados, transeuntismo en busca de alojamiento, trabajo o recursos, aislamiento social, vida en las calles, etc...).

Como los propios autores reconocen, la población sin hogar constituye un colectivo "cada vez más fácil de ver en nuestras calles, subterráneos o albergues... y más difícil de definir con precisión".

Evidentemente, es éste un subgrupo de población heterogéneo y rápidamente cambiante, que se solapa con los "transeúntes tradicionales", con aquellos cuya dependencia de alcohol u otras sustancias ha ido provocando su descenso y marginalización social progresiva o con algunas de las nuevas formas de pobreza que en los últimos años están surgiendo en los países industrializados (descritas y analizadas entre nosotros por RENES, 1986).

Los términos con los que en las distintas lenguas se nombran a estas personas reflejan, entre otros,

- diferentes momentos históricos (del clásico *clochard* parisino al *homeless* de Nueva York o cualquier otra gran ciudad occidental en nuestros días),
- distantes contextos geográficos y sociales (la *bag lady* urbana o el viejo arrastrando las bolsas o el carrito de supermercado en el que acumulan sus pertenencias – ver *foto del Anexo de prensa: "El País" 24 Octubre 1993* – o el "carrilano" tradicional de nuestros caminos, en busca de trabajo o albergue)
- y, sobre todo, distintas formas de acercarse social y personalmente al problema (del, por ejemplo, marginador "mendigo, vago y maleante" o estigmatizador "vagabundo" al técnico "sin techo")

Asimismo, cada idioma describe – en ocasiones con cruda precisión – los diferentes matices que cada grupo de personas, en contextos distintos, adopta. Una revisión

interesante de estos términos en francés (*clochard, chemineau, mendiant...*), inglés (*hobos, tramps, bums, vagrant...*) o alemán (*landstreicher, obdachloser, vagabund...*) podemos encontrarla en el artículo de MOUREN et al (1977) – en el que, por cierto, no consta aún el término *homeless* – o en el más cercano a nosotros de GARCIA TUTOR (1992).

Diversos expertos desaconsejan el uso de expresiones que hagan referencia a conductas propias de estas personas: "vagabundo", "transeúnte", "mendigo" y similares (GARCIA TUTOR, 1992; MARTIN BARROSO, 1985). Paradójicamente, dichos términos se relacionan con conductas que la propia sociedad fuerza a realizar a ciertas personas que se hallan en situación de pobreza extrema. Ya en 1933, el posteriormente famoso ORWELL, escribía con lucidez:

*"Naturalmente, un vagabundo no es un ser atávico nómada, como no lo es un viajante de comercio. El vagabundo lo es no porque le guste, sino por la misma razón por la que los coches circulan por la derecha: porque hay una ley que les obliga a ello. Un hombre abandonado, si no encuentra ayuda en su parroquia, sólo puede encontrar consuelo en los asilos nocturnos, y como cada asilo nocturno sólo lo acepta por una noche, tiene que estar moviéndose de aquí para allá constantemente. Es un vagabundo porque, tal y como está la ley, lo es o se muere de hambre"* (GEORGE ORWELL, "Sin blanca en París y Londres")

Sin embargo, como los estudios de Psicología Social nos muestran, el etiquetado de dichos rasgos tiene efectos muy negativos sobre la propia persona, dificultando aún más su integración social y la recuperación de la propia autoestima («teoría de la profecía autocumplidora», «culpabilización de la víctima» y otras).

Finalmente GARCIA TUTOR se decanta por el término «sin techo», que hace referencia a quien se ve en esa circunstancia *"y no nos dice nada de su conducta, con lo que no estigmatiza tanto como lo hacen los otros"*.

«SIN TECHO» es igualmente utilizado por otras publicaciones recientes en nuestro medio (por ejemplo, los interesantes documentos de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid o de Cáritas Española).

No obstante, y a pesar de no acabar de convencernos el anglicismo, en este trabajo haremos referencia la mayoría de las veces al término «SIN HOGAR» que pensamos recoge con más claridad las circunstancias en las que se desarrolla la vida de un gran número de las personas que vamos a estudiar. Esto es, habitualmente encuentran un "techo" – ya sea en uno de los muchos albergues existentes en nuestro país, en una casa abandonada o, incluso, en una pensión barata – , un techo ajeno y temporal, pero más difícilmente encuentran un "hogar". Un hogar (*"un lugar donde vivir y del que yo tengo la llave"*, como lo definía una mujer sin hogar inglesa) desde donde reorganizar la propia historia y proyecto de vida personal.

Este es igualmente el término que, en ocasiones incluso en su versión original, comienza a aparecer en algunas reseñas bibliográficas en la literatura especializada reciente de nuestro país (MANSILLA, 1993; PASCUAL y RAMIREZ, 1993).

Aunque muchas de las personas que actualmente se encuentran sin hogar presentan diferentes patrones de movilidad geográfica – equiparándose en esta conducta al "transeúnte" tradicional – , otras muchas no suelen desplazarse fuera de la ciudad o área en la que residen desde hace años. De ahí que en ocasiones empleemos uno u otro término para referirnos a situaciones distintas, aunque íntimamente relacionadas.

Más adelante, al referirnos a las dificultades de aplicación del método epidemiológico para el estudio de esta población, volveremos brevemente sobre el problema de sus criterios de definición, punto clave no sólo para la cuantificación del problema sino también para el estudio de sus causas, necesidades y otros aspectos.



### 2.1.2 ALGUNAS CUESTIONES CRITICAS PREVIAS

De la revisión de la ya amplia literatura internacional existente sobre los *homeless mentally ill*, así como de la forma en como algunos autores nacionales y medios de comunicación empiezan a hablar sobre el tema, nos parece interesante en este momento realizar unas breves reflexiones críticas al respecto.

En primer lugar, focalizar nuestro interés en la "salud mental" de las personas sin hogar no significa

- que carecer de hogar sea para la gran mayoría de estas un rasgo o síntoma de enfermedad mental («sin hogar» y «sin hogar enfermo mental» no son términos sinónimos)
- ni siquiera que entre aquellas que pudieran ser diagnosticadas de algún trastorno psiquiátrico la razón de encontrarse sin hogar sea exclusiva o principalmente su propia enfermedad
- ni que, pudiendo ser la carencia de hogar fruto de su psicopatología (por ejemplo, conducta de vagabundeo de algunas personas diagnosticadas de esquizofrenia simple), su única o prioritaria necesidad a cubrir sea la del tratamiento psiquiátrico.

SHINN (1992), en su revisión de la literatura, diferencia dos grandes grupos de trabajos: aquéllos "centrados en el individuo" (*person-centered studies*) y aquéllas otras aproximaciones al fenómeno de la carencia de hogar («*homelessness*») interesadas en los factores estructurales que determinan la misma. Tras constatar la enorme cantidad de datos ya acumulados por los estudios individuales en los Estados Unidos, concluye alertando sobre una mala interpretación de dichos resultados:

*"Demasiado a menudo tanto investigadores como editorialistas concluyen declarando que «un gran número de personas sin hogar son ...» (señalar aquí su déficit individual favorito), asumiendo que tal déficit es la «causa» de su situación" (SHINN, 1992)*

Tal focalización en los problemas individuales de la gente sin hogar difiere claramente del análisis de los determinantes estructurales de la indigencia y la marginación social.

Por ello, SHINN concluye que *"los análisis a nivel individual y centrados en la persona, a menudo favorecidos por investigadores del campo de la Salud Mental, son insuficientes para comprender las causas de la carencia de hogar o qué hacer al respecto".*

De ahí nuestro interés en subrayar la necesidad de complementar estudios individuales como el nuestro (de utilidad para planificar y adaptar los servicios socio-sanitarios a las necesidades reales de cada subgrupo de población) con otros cuyo análisis se nos escapa en estas páginas.

No obstante, también debemos estar precavidos ante maneras de ver el problema que excluyan los aspectos biológicos o psicológicos individuales que pueden presentar las personas que se encuentran sin hogar, es especial aquellas con trastornos psiquiátricos severos.

Así, CHAFETZ (1990) habla de los riesgos de enfatizar y atender sólo a los factores externos, interpersonales y materiales del problema:

*"Los mentalmente enfermos entre los sin hogar no están menos necesitados de servicios psicosociales que sus homólogos residentes en alojamientos más estables, pudiendo de hecho requerir aquéllos una aproximación interpersonal más sensible e intensa que aquellos pacientes menos socialmente desarraigados"*

Por ello suscribimos palabras como las de WRIGTH (1988), *"nuestro interés aquí en los estudios sobre la salud mental (de los sin hogar) no debe ser interpretado como indiferencia por los factores estructurales"*.

Asimismo, tras mencionar algunos de los principales factores socio-económicos determinantes en la magnitud que ha adquirido el problema de los sin hogar en los EE.UU., recuerda que

*"estos datos por sí solos no nos dicen quiénes, específicamente, salen perdiendo en este estado de cosas: quiénes son los sectores más vulnerables de las poblaciones urbanas empobrecidas (...). Es también cierto que existen muchas y distintas vulnerabilidades que pueden dificultar severamente el acceso a una vivienda, pero la enfermedad mental es, claramente, una de las más prominentes. Reconocer este punto no es «medicalizar» el problema, sino más bien contribuir a la comprensión correcta de su naturaleza multidimensional" (WRIGTH, 1988)*

De igual modo alerta APARICIO (1993) sobre el nihilismo terapéutico con que en estos momentos pueden algunos modelos asistenciales e incluso profesionales responder al problema de los enfermos crónicos en la comunidad:

*"La confusión viene de la idea de que el enfermo mental en situación de cronicidad sólo necesita aportes sociales, sin valorar que también tiene necesidades a nivel de las intervenciones terapéuticas"*

Hemos hablado de los riesgos de los reduccionismos, de uno u otro lado, a la hora de abordar problemas sociales complejos como el que nos ocupa, así como de los peligros de «medicalizar» las injusticias sociales. CASTEL (1980), en un polémico análisis crítico sobre los orígenes y el posterior desarrollo de la Psiquiatría en los Estados Unidos, se refiere *"a los múltiples intentos de responsabilizar a los pobres y excluidos de su propia situación, primero con argumentos y discursos morales y religiosos y posteriormente con el sustento de la psicología y la psicopatología"*.

Tales advertencias previas a la revisión que vamos a realizar en las páginas siguientes, centradas obviamente en los aspectos psicológicos y psiquiátricos del asunto, creemos nos ayudarán a interpretar adecuadamente los análisis e investigación subsiguiente.

Para finalizar este apartado, una curiosidad histórica. Thomas SZASZ (1971) nos habla en su artículo *The sane slave* ("El esclavo cuerdo"; subtítulo: "Una nota histórica sobre el uso del diagnóstico médico como retórica justificatoria") de la «drapetomanía».

Dicha "enfermedad", propia de los negros y descrita minuciosamente por el doctor CARTWRIGHT en un artículo publicado en 1851 en el entonces prestigioso *New Orleans Medical and Surgical Journal*, "provoca que los esclavos huyan o se fuguen de su dueño". La lectura de los "síntomas y tratamiento" de dicha "enfermedad" no tiene desperdicio. El problema es, como tantas otras veces, volver a repetir acríticamente la historia... esta vez a finales del siglo XX, hablando de *homelessness* como un "síntoma psiquiátrico" más de ciertas personas, descontextualizándolo de la propia historia personal y de la estructura social en la que tal condición se manifiesta.

## 2.2 ASPECTOS SOCIOLOGICOS

"Lo peor de todo era que mi traje estaba tan deteriorado que ya no podía presentarme en ningún sitio de forma conveniente"

(KNUT HAMSUN. Hambre)

### 2.2.1 EL DEBATE SOBRE LAS CAUSAS

Existe un amplio debate en la literatura especializada y en los medios de comunicación que trata de dilucidar si el llegar a encontrarse en la dramática situación en la que se hallan las personas sin hogar es "*fundamentalmente un problema económico o sanitario*", como señala un editorial de la prestigiosa *Science* (ROSSI, 1987). De las conclusiones del mismo se derivan repercusiones asistenciales y de responsabilidad social cruciales, aunque cada factor en sí mismo sea insuficiente para responsabilizarle del creciente número de personas sin hogar existente en ciertos países occidentales.

Una adecuada comprensión del fenómeno de la marginación probablemente requerirá el análisis de los diversos elementos que lo originan, precipitan o mantienen en tres niveles simultáneamente:

- el nivel social o estructural (los cambios socio-económicos de las últimas décadas en los países occidentales, la desinstitutionalización de la asistencia psiquiátrica...),
- un nivel intermedio (la red familiar, la evolución cuantitativa y cualitativa de las redes de apoyo en las ciudades...)
- y el nivel individual (sus posibilidades y limitaciones: su personalidad, sus capacidades de afrontamiento, los aspectos psicopatológicos...)

Analizaremos a continuación algunos de estos factores. Los más habitualmente implicados se refieren a:

- diversos factores socio-económicos,
- la problemática socio-familiar,
- el papel de la desinstitucionalización psiquiátrica,
- la enfermedad mental en sí misma,
- el alcoholismo y otras toxicomanías
- y/o la propia elección personal

#### **2.2.1.a FACTORES SOCIO-ECONOMICOS**

Los factores sociales y económicos son subrayados por la mayoría de los estudios consultados, incluso por aquellos de orientación no principalmente sociológica.

El creciente desempleo, la pobreza y la carencia de viviendas asequibles son elementos que parecen explicar en gran medida las diferentes dimensiones que el fenómeno de los sin hogar está tomando en distintos países de nuestro entorno.

No entraremos aquí en el interesante análisis de tales factores, pero no debemos olvidarnos de su crucial contribución a la hora de prevenir errores como los señalados por diversos analistas (SHINN, 1992) al referirse a situaciones como la americana: recorte de gastos y ayudas socio-sanitarias, cambios urbanísticos en los centros de las grandes ciudades y consiguiente encarecimiento del mercado de viviendas, etc...

### **2.2.1.b PROBLEMÁTICA SOCIO-FAMILIAR**

Igualmente tienen un importante papel los factores familiares, tanto en la infancia como en la vida adulta. Casi en la mitad de los casos las personas sin hogar achacan su situación al hecho de que sus padres, parientes o amigos no puedan o no quieran acogerles (SCOTT, 1993).

La conflictividad conyugal se identifica como factor principal en dos de cada diez casos. Llama la atención, como veremos más adelante, la enorme proporción de personas separadas o divorciadas que se hallan en situación sin hogar.

Asimismo se han estudiado los primeros años de vida de las personas que en su vida adulta se encuentran sin hogar. SUSSER et al (1987) analizan las historias infantiles de 223 varones albergados en un refugio de Nueva York, encontrando un elevado número de casos de separación institucional de la familia durante la niñez (ya sea por abandono o fallecimiento de uno o ambos padres), hipotetizando sobre las posibles relaciones entre estas experiencias y su futura situación de marginación.

Entre los sin hogar menores de 25 años, según la revisión realizada en Gran Bretaña por SCOTT (1993), más de un tercio provenían directamente de instituciones.

El estudio de MARTIN BARROSO (1984) analiza, en una muestra de casi 1.800 personas sin hogar en toda España, sus historias infantiles, encontrando que en la mayoría de los casos éstos habían crecido en un clima de armonía o con tensiones tolerables, sin problemas de alcoholismo familiar y habiéndose sentido queridos. Rasgos todos ellos similares a los encontrables en la mayor parte de la población española.

Sin embargo, en una significativa pero reducida minoría que no parece superar más del 10 %, la situación infantil fue más compleja, bien por no haber conocido a sus padres, bien por la ruptura conyugal entre ellos y/o por un problema de alcoholismo severo en el medio familiar.

### 2.2.1.c DESINSTITUCIONALIZACION PSIQUIATRICA

El papel jugado por las políticas de reforma psiquiátrica llevadas a cabo con diferentes motivaciones, metodologías y recursos económicos en los distintos países (BACHRACH, 1992b) a partir de los años cincuenta es uno de los puntos más polémicos del debate (FISCHER y BREAKEY, 1986; LAMB, 1988, 1990, 1992; COHEN y THOMPSON, 1992; ROJAS MARCOS et al, 1990; LEVINE et al, 1993; LEFF, 1993; BORUS, 1981).

Un incremento de enfermos mentales crónicos y/o severos en las calles, en los albergues para transeúntes y sin hogar o en las cárceles, en general con una calidad de vida al menos cuestionable, son algunos de los problemas achacados a las políticas de desinstitucionalización (DESVIAT, 1987).

De hecho, el número de personas sin hogar con trastornos mentales severos ha sido en ocasiones manejado como un indicador más para evaluar las políticas de atención comunitaria (LESAGE y TANSELLA, 1993).

Siendo rigurosos en el análisis, sin embargo, lo que se critica habitualmente no es la desinstitucionalización en sí misma, sino la forma en como ésta ha sido llevada a la práctica en determinadas comunidades (PEPPER y RYGLEWICZ, 1982; BACHRACH, 1992a).

Todo ello ha llevado a algunos autores a relacionar directamente el incremento de enfermos mentales sin hogar en las calles y albergues con dichas políticas de desinstitucionalización, abogando por un alto en el cierre de hospitales psiquiátricos (WELLER, 1989) o por un mayor protagonismo del hospital en el tratamiento a los *homeless mentally ill* (A.P.A., 1990; LAMB, 1993; BORUS, 1981; BENNET et al, 1988). Incluso, *"urgiendo la restauración de Hospitales Psiquiátricos organizados tradicionalmente"* (GRALNICK, 1987; ROSENFELD, 1991; KENDELL, 1989).



También los defensores de la desinstitucionalización reconocen ahora que la mera "deshospitalización" de los enfermos mentales en la comunidad no es suficiente para mejorar su calidad de vida (PIRELLA, 1987; DESVIAT, 1987).

Sin embargo, se pregunta LEFF (1993), "*¿realmente la externalización de antiguos pacientes de larga estancia ha hinchado las cifras de personas sin hogar?*".

LEFF sigue dos líneas de análisis para tratar de responder a tal interrogante. Una es el análisis de las historias psiquiátricas de las personas sin hogar y otra son los estudios longitudinales o de seguimiento de pacientes psiquiátricos de larga estancia trasladados a la comunidad.

- En relación a la **historia de tratamiento psiquiátrico**, con frecuencia se realiza una incorrecta interpretación de los resultados que aportan las diferentes investigaciones realizadas, como más adelante veremos.

Así, la mayoría de los estudios encuentran una gran disparidad entre las cifras de aquellos que presentan síntomas psicóticos actuales y el número de éstos que han sido admitidos a un hospital psiquiátrico durante más de un año.

Por ejemplo, BASSUK, RUBIN y LAURIAT (1984), en un albergue de Boston, detectan síntomas psicóticos claros en 30 de las 68 personas sin hogar entrevistadas, aunque sólo un quinto de estos habían sido hospitalizados en una Unidad de Psiquiatría por más de un año alguna vez a lo largo de su vida.

- Los **estudios de *follow up*** aportan información complementaria. El prestigioso *Team for Assessment of Psychiatric Services (TAPS Project)* evaluó entre 1985 y 1988 a 278 pacientes de larga estancia externalizados de dos hospitales psiquiátricos londinenses. Durante este periodo sólo fracasaron en este seguimiento con seis, que presumiblemente se encontraron en situación sin hogar (tres de ellos ya lo eran antes de su admisión hospitalaria) (DAYSON, 1993).

De 216 pacientes deshospitalizados entre 1989–90, ninguno se convirtió en *homeless* durante el primer año de seguimiento (LEFF, 1993).

Julian LEFF aporta estos datos para sustentar su opinión de que la externalización de pacientes de larga estancia de los hospitales psiquiátricos no es el principal factor contribuyente al incremento del número de enfermos mentales en las calles. Más bien LEFF subraya factores socio-económicos, reconociendo asimismo que los enfermos mentales severos son uno de los grupos de población más vulnerables en situaciones de crisis económica.

Sin embargo, como matiza BACHRACH (1992a), la desinstitucionalización no sólo se refiere al descenso de población ingresada en los hospitales psiquiátricos, sino también a ciertas prácticas actuales que se oponen a nuevas admisiones en estos centros. De ahí dos grandes grupos de enfermos mentales sin hogar: aquellos institucionalizados en el pasado y los que nunca lo han sido. Las diferencias en general tienen más que ver con la edad que con el diagnóstico psiquiátrico o grado de su discapacidad. Todo ello entra en íntima relación con el concepto de «*Young Adult Patient Chronic*», paciente joven adulto crónico (PEPPER y RYGLEWICZ, 1982), estudiado entre nosotros por FERNANDEZ LIRIA (1991).

Así, PEPPER y RYGLEWICZ (1982), tras reconocer los avances y mejora de la calidad de vida que la desinstitucionalización supone para la mayoría de los enfermos atendidos en los servicios psiquiátricos, relacionan el incremento de esos jóvenes adultos crónicos en situación de marginación con algunas de las prácticas de ésta:

- las dificultades crecientes para ser admitido en un medio hospitalario para tratamiento psiquiátrico,
- y, una vez ingresado, la tendencia a que esta hospitalización sea lo más breve posible (en concreto, el mínimo tiempo necesario para rebajar la sintomatología delirante o depresiva que pudiera implicar un alto riesgo de auto o

heteroagresividad o para aplacar una conducta o pensamiento claramente bizarra o alterada)

Esta altas precoces se relacionan posteriormente con un incremento en la tasa de recaídas precoces (BERRY y ORWIN, 1966).

Dichas dificultades para el ingreso y adecuada recuperación de pacientes agudos conlleva una sobrecarga para sus familiares (LEFF, 1993; ANDERSON, REISS y HOGARTY, 1986). Sobrecarga que en ocasiones provoca unos niveles de fricción interpersonal insostenibles, lo que deriva en la salida del enfermo mental abruptamente del hogar y el rechazo de la mayoría de sus familiares a hacerse cargo de su pariente con conductas disruptivas para las que rechaza tratamiento adecuado. Fácilmente éste podrá entrar en una espiral de descenso social que le conducirá al consumo de tóxicos y la marginalidad, en especial en las grandes ciudades.

La mera deshospitalización de enfermos mentales severos en la comunidad sin proveer la adecuada continuidad de cuidados en la misma puede favorecer asimismo otros problemas. Un número de pacientes que han vivido en el propio domicilio familiar a cargo de sus cuidadores principales (generalmente la madre, pero en ocasiones una abuela, el padre, un tío o un hermano), cuando éstos fallecen, se casan o cambian de ciudad pueden quedar claramente desvalidos (LAMB y LAMB, 1990). Este es un momento crítico para ciertos enfermos mentales, al perder alguna de las necesidades previamente aseguradas por esos cuidadores naturales, pudiendo comenzar entonces el "descenso social" al que antes nos referíamos.

El problema no es sólo de los Estados Unidos y las propias peculiaridades de su sistema sanitario y social (BACHRACH, 1992a; FERNANDEZ LIRIA y GARCIA BERNARDO, 1985). También en otros países, donde la desinsitucionalización se ha realizado con distinta planificación y en diferentes contextos socio-culturales (Italia, Inglaterra, Australia, Holanda, etc...), se ha tratado de responsabilizar a ésta del incremento de enfermos mentales en las calles y albergues, en no raras ocasiones manejando datos provenientes de estudios de diseño metodológico inadecuado para tal objetivo (BENNET y FREEMAN, 1991).

BOLLINI y MOLLICA (1989), a pesar de señalar en su análisis de la reforma psiquiátrica italiana que *"(ésta) ha demostrado definitivamente que una sociedad puede sobrevivir sin hospital psiquiátrico"* (en especial en aquellas áreas, como son el Norte y Centro de Italia, donde se han contado con mayor disponibilidad de recursos y una actitud social más favorable), reconocen su preocupación por el destino de los deshospitalizados y de los pacientes sin hogar, *"cuyo número y calidad de vida permanece aún desconocido"*.

DE SALVIA y BARBATO (1993), por su parte, concluyen su análisis de los servicios de salud mental en Italia subrayando la necesidad de estudios comparativos entre los diferentes modelos asistenciales propuestos en la actualidad, principalmente en torno a tres áreas:

- la carga a que se somete a las familias de los enfermos mentales severos y/o crónicos,
- la carencia de hogar, marginación y aislamiento social entre los pacientes psiquiátricos
- y los patrones de discapacidad social y su modificación entre pacientes sin una larga historia de hospitalización psiquiátrica.

En resumen, la errónea noción de que la carencia de hogar de un creciente número de enfermos mentales es debida primariamente al movimiento de desinstitucionalización ha sido abandonada ante la acumulación de datos y análisis que aportan explicaciones menos simplistas.

### 2.2.1.d LA ENFERMEDAD MENTAL EN SI MISMA

La misma enfermedad mental ha sido valorada directamente como causa de carencia de hogar, marginación social e indigencia (BELCHER, 1988; LAMB, 1982; LAMB y LAMB, 1990), aunque sólo un 5 % de las personas con trastornos psiquiátricos severos – según datos americanos – se encontrarán sin hogar en algún momento de su vida (LESHNER, 1992).

Toda una amplia y controvertida literatura sobre las relaciones entre factores socio-económicos y enfermedad mental puede traerse a colación en este momento. DOHERENWEND (1977, 1990), VAZQUEZ BARQUERO (1982, 1991) y otros se han ocupado de esta interesante temática en diversas ocasiones. En un trabajo previo hicimos una revisión al respecto (VEGA, 1988).

Entre nosotros, VAZQUEZ BARQUERO (1982) señala las principales teorías o hipótesis explicativas:

- la del "origen social" o del "estrés social" (FARIS y DUNHAM, 1939; HOLLINSHEAD y REDLICH, 1958; LEIGHTON et al, 1963; SROLE et al, 1962),
- la de la "selección social" o del "descenso social", ya sea de forma "pasiva" (*drift*) o "activa" (segregación) (JARVIS, 1855; MYERSON, 1940; HARE, 1956; HÄFNER, 1988)
- y la de la "vulnerabilidad" (DOHRENWEND y DOHRENWEND, 1981; KOHN, 1972; LINK et al, 1986)

Aunque la mayoría de los estudios encuentran diferencias significativas entre las tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos, incluyendo problemas relacionados con el alcohol y otras toxicomanías, de la población sin hogar en comparación con la población general (mayores en la primera), el diseño metodológico de los mismos no permite investigar el por qué de estas diferencias.

Dado que la mayoría de los estudios no son longitudinales, es difícil demostrar el peso de la psicopatología previa como causante de *homelessness*. Sin embargo, cerca del 70 % de aquellos hospitalizados por trastornos psiquiátricos en el estudio de MORSE et al (1991) sobre 165 varones sin hogar en albergues de St. Louis (Missouri, EE.UU.) lo fueron antes de iniciar su vagabundeo.

Más adelante revisaremos cómo ya los textos psiquiátricos clásicos señalaban, en un contexto donde el hospital psiquiátrico era el centro de la atención dispensada a estos enfermos, la relación entre ciertos trastornos mentales y conductas o situaciones como la segregación social voluntaria, el vagabundeo o el consumo de tóxicos que acercaban progresivamente al enfermo a los márgenes de la sociedad. Todo ello, evidentemente, junto a los propios efectos marginadores de la sociedad de cada momento histórico.

Tal vez más interesante sea comprender cómo ciertas personas con trastornos mentales llegan a encontrarse en una situación de marginación extrema como la que venimos tratando. Para algunos será el fruto de una crisis única (p.ej., fallecimiento de los padres cuidadores o abandono del domicilio familiar). Para la mayoría, entender la situación como un más o menos largo proceso de descenso social parezca más adecuado (BENDA y DATTALO, 1988; HERRMAN et al, 1989). Más adelante volveremos sobre este tema.

#### **2.2.1.e ALCOHOLISMO Y OTRAS TOXICOMANIAS**

También se ha responsabilizado al alcoholismo y otras toxicomanías como causa principal de llegar a encontrarse en situación de indigencia.

KOEGEL y BURNAM (1988) subrayan, en relación a la mayor prevalencia de alcoholismo encontrada en una bien seleccionada muestra de población sin hogar versus población domiciliada de Los Angeles, que los resultados de este estudio sugieren que la mayoría de los alcohólicos experimentan sus primeros síntomas antes de convertirse en personas sin hogar, *"lo cual no quiere decir que el alcoholismo sea su causa"*.

Añaden, *"es posible que la población empobrecida y económicamente marginal de la que surgen los sin hogar presente una alta prevalencia de problemas relacionados con el alcohol. Entre tales individuos el alcoholismo puede ser menos una causa directa de la carencia de hogar que uno de los muchos factores que afectan a su capacidad para competir por una vivienda asequible a sus ya reducidos ingresos económicos"*.

Diversos autores, a la hora de interpretar sus resultados, también lo hacen desde la hipótesis del "descenso social activo" (*drift down hypothesis*) provocado por el alcohol (BENDA, 1987; FISCHER, 1987).

WELTE y BARNES (1992), en una interesante revisión sobre los problemas relacionados con el alcohol en la población marginal, recuerdan sin embargo que *"la hipótesis de que el abuso de alcohol y/o drogas causa la indigencia y la carencia de hogar puede ser dada la vuelta, siendo razonable pensar que las personas sin hogar utilizan medios químicos a su alcance para afrontar el estrés de la vida en la calle"*. Una vez más, la vieja polémica entre el estrés social y el origen social.

Lo que sí parecen demostrar claramente los estudios longitudinales es que el abuso de alcohol y otras drogas entre los enfermos mentales sin hogar es uno de los principales factores involucrados en mantener a dichas personas sin hogar o en la vuelta al vagabundeo y la marginación cuando estos pacientes han pasado con un programa residencial que se muestra efectivo para otros enfermos mentales sin diagnóstico dual (CATON et al, 1993).

### 2.2.1.f OPCION PERSONAL

Finalmente, otros investigadores y, sobre todo, políticos subrayan el peso de la (libre) opción personal para vivir una vida marginal y sin hogar. Como señalaba el entonces presidente de los Estados Unidos Ronald REAGAN, "*the homeless are homeless... by choice*" (cit. BASUK, 1984).

Aparte de motivaciones ideológicas claras, dicha opinión es cíclicamente alimentada por relatos periodísticos o literarios, más bien anecdóticos, que resaltan algunos aspectos románticos de la vida transeúnte (la libertad, el conocer mundo, la filosofía libertaria...).

Respetando el derecho de ciertas personas a elegir temporal o permanentemente este tipo de vida, ni la investigación ni la realidad diaria parecen sustentar este origen ideal de una situación de la que la mayoría de los que la padecen querrían escapar (MARTIN BARROSO, 1985).

En un estudio de BAXTER y HOPPER (1984), menos del 4 % de las personas sin hogar entrevistadas contestaron haber elegido dicho tipo de vida voluntariamente. En otro estudio, similar porcentaje contestaron vivir en la calle por propia elección (SIMONS, WHITBECK y BALES, 1989).



### 2.2.2 ALGUNOS RASGOS SOCIO-DEMOGRAFICOS DE LOS "SIN HOGAR"

Conocer los rasgos socio-demográficos de esta cambiante y difícilmente estudiable población (como veremos más adelante) es importante, según los sociólogos SHLAY y ROSSI (1992) para:

- comprender las dinámicas del fenómeno de la marginación,
- planificar qué tipo de soporte y ayudas necesitan (dentro de las cuales se incluyen sus necesidades de atención psiquiátrica y de salud mental),
- desarrollar mecanismos que puedan prevenir tal situación de marginación
- y evaluar qué personas están en especial riesgo de llegar a convertirse en «sin hogar»

La mayoría de los primeros estudios realizados en los años setenta a ambos lados del Atlántico describieron a la población sin hogar como mayoritariamente compuesta por varones, solteros y de edad media (PRIEST, 1976; FREEMAN, 1979).

En uno de los más amplios estudios sociológicos realizados sobre los sin hogar en toda España – promovido por el Centro de Información y Acogida al Transeúnte (CEDIA) y dirigido por MARTIN BARROSO (1985) – se describe esta población como:

- mayoritariamente compuesta por varones (91 % entre la muestra de albergados y 85 % entre los no albergados, cifras similares a las ya reseñadas en un estudio similar diez años antes, el del DIS, 1975),
- que proceden del medio urbano en más del 45 % (y, en especial, de Castilla-León, Extremadura y Andalucía);
- crecidos en familias incompletas (en dos de cada diez casos no conocieron a la madre y al padre conjuntamente), numerosas en un porcentaje significativo de individuos y de bajo nivel socio-económico en general;

- con una edad media superior a los cuarenta años (en 1975 oscilaba en torno a los 41 años; la media para el periodo 1978-1984 asciende a 44 y en 1984 se sitúa en 43 años);
- con una proporción significativamente alta entre sus filas de personas solteras (53 %) y divorciadas/separadas (18 %) y alrededor de un 80 % de sujetos que, independientemente de su estado civil, se declaraban «solitarios»;
- cabezas de familias numerosas (aunque un 58 % no ha tenido ningún hijo, el resto destaca justamente por el elevado número de hijos habidos: 2,7);
- con muy bajo nivel educativo (10 % de tasa de analfabetismo y cuatro de cada diez sin haber logrado concluir los estudios primarios; llamativamente, se encuentra un 4 % de que ha conseguido una titulación de grado superior o medio);
- baja cualificación profesional (siendo el 70 % trabajadores no cualificados: peones, jornaleros, braceros, temporeros y empleados de servicios en las más bajas categorías; junto a ellos, se halla un 5 % que ha desarrollado tareas directivas, profesiones liberales y otros empleos de alta cualificación, así como un 22 % de trabajadores cualificados y un 2 % de autónomos);
- encontrándose en paro ocho de cada diez y jubilado o retirado el 12 %

SHLAY y ROSS (1992) realizaron un metanálisis de 60 estudios empíricos llevados a cabo en los Estados Unidos en la década de los ochenta para conocer las características socio-demográficas de esta población. Estos son los resultados:

- Aproximadamente las tres cuartas partes de esta población son varones (74%)
- Sólo un 13% se encuentran casados

- La edad media se calcula en torno a los 37 años; un 35% son menores de 30 años, mientras que mayores de 60 años lo son el 7%
- Las minorías raciales se encuentran sobrerrepresentadas en relación a la distribución en la población general norteamericana (44% de personas de raza negra, 12% de hispanos, 6% de indios americanos)

Vamos a comentar a continuación algunos datos socio-demográficos característicos de la población sin hogar en diferentes países. Los datos referentes a la situación y tendencias detectados en países diferentes al nuestro creemos son de utilidad conocerlos como orientadores de lo previsible en nuestro medio en pocos años.

#### 2.2.2.a EDAD

En todos los países ha disminuído la edad promedio de la población sin hogar: en Estados Unidos se encuentra en unos 30-40 años (FISCHER, 1986; MORSE y CALSYN, 1986; HERZBERG, 1987). Igualmente ha decrecido la edad media de los residentes en albergues en Inglaterra desde mediados de los sesenta (MARSHALL, 1989).

También en nuestro país parece confirmarse lentamente dicha tendencia al incorporarse mayoritariamente jóvenes menores de 30 años, en especial con problemas de toxicomanías y psiquiátricos y en las grandes ciudades (AYUNTAMIENTO DE MADRID, 1990).

El problema del alarmante incremento de adolescentes sin hogar – con los importantes riesgos psico-físicos que ello conlleva (GREEBLATT y ROBERTSON, 1993) – se constata en especial en los Estados Unidos (ROBERTSON, 1988, pero también en Inglaterra (WIGGANS, 1989), Holanda (VAN DER PLOEG, 1989) o Canadá (KUFELDT y MIMMO, 1987).

De especial complejidad y gravedad psico-social es la situación de menores de edad en las calles de numerosas ciudades del llamado Tercer Mundo, en la cual no vamos a entrar en estas páginas.

#### 2.2.2.b SEXO

A pesar de continuar siendo varones el mayor número de personas sin hogar en todos los estudios revisados, cada vez se encuentra una mayor proporción de mujeres, inusual hace unas décadas tanto en nuestro país como en otros.

De los estudios epidemiológicos y sociológicos realizados se desprenden, según tanto CALSYN y MORSE (1990) como BACHRACH (1992), algunas diferencias de género dentro de la población sin hogar:

- las mujeres sin hogar tienen mayor probabilidad de estar o haber estado casadas previamente que los varones sin hogar;
- igualmente, son más vulnerables física y psicológicamente, habiendo experimentado con mayor probabilidad abusos físicos y sexuales previos que los varones;
- como grupo son menos transeúntes, presentan menor movilidad geográfica que los varones sin hogar;
- existe la impresión entre numerosos investigadores de que tanto la prevalencia de trastornos psiquiátricos como el nivel de discapacidad en las mujeres sin hogar (especialmente en aquellas sin hijos, como subraya el estudio de JOHNSON y KREUGER (1989), es más alta que entre los varones sin hogar (BREAKEY et al, 1992; BACHRACH, 1992; BAXTER y HOPPER, 1984), si bien la investigación empírica no soporta tal conclusión en todas las comunidades estudiadas;

- los varones sin hogar, por su parte, tienden a encontrarse en esta situación durante periodos más largos de tiempo, a dormir en las calles o refugios naturales (en vez de los albergues y refugios institucionales públicos o privados) con mayor frecuencia y a presentar más habitualmente problemas de alcohol y relacionados con la ley;
- las principales diferencias se evidencian en relación a la utilización de servicios socio-sanitarios, ya que las mujeres sin hogar tienden a hacer uso más frecuentemente que los varones de dichos servicios (tal vez porque a ellas se les oferta en la mayoría de los países un mayor número de servicios específicos, principalmente si les acompañan menores de edad).

BREAKEY, SUSSER y TIMMS (1992) diferencian entre las mujeres sin hogar dos subgrupos que requieren atención especial:

- el grupo de mujeres madres de familias sin hogar (fenómeno inusual en España, a diferencia de lo que ocurre en los Estados Unidos y otros países occidentales); generalmente son mujeres más bien jóvenes, con cifras de prevalencia de trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias poco diferentes a las encontrables en la población general de la que provienen, aunque con más altas cifras de trastornos de personalidad;
- y las mujeres más ancianas, mayoritariamente solitarias y donde los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias psicoactivas son más habituales que entre la población general de similar edad (aunque menores que entre los varones sin hogar ancianos)

En relación a las enfermas crónicas (psicóticas residuales, débiles mentales, trastornos severos de la personalidad...), la posibilidad de que en este medio marginal acaben prostituyéndose, ocasional o esporádicamente, es alta (ALMUNI, 1984).

### 2.2.2.c MINORIAS ETNICAS

Tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra las minorías étnicas están claramente sobrerrepresentadas en comparación con sus poblaciones generales de origen (KROLL, 1986; MORSE y CALSYN, 1986; BURT y COHEN, 1989).

Esta tendencia es mayor aún en los grupos sin hogar que no presentan trastornos psiquiátricos severos (KOEGL y BURMAN, 1987).

Diferentes estudios en albergues británicos confirman esta tendencia en Londres (SCOTT, 1991), no así en los albergues provinciales, donde el 98 % de los residentes son de raza blanca (O'NEILL, 1989).

Probablemente ocurra lo mismo en España, con diferentes proporciones de personas sin hogar de otras razas y países empobrecidos según se trate de Madrid, Barcelona u otras ciudades con creciente presencia de población inmigrante o se trate de ciudades donde no se dan tan claramente estos cambios (como son Gijón u otras ciudades de la cornisa cantábrica).

Lo que sí se constata en nuestro medio, probablemente por sus peculiaridades culturales, es la prácticamente nula presencia de personas gitanas entre la población sin hogar o transeúnte. Sus patrones de movilidad geográfica y estructura social tienen características y repercusiones sobre la salud mental de sus integrantes muy diferentes a los que probablemente se produzcan en los «sin hogar» y «transeúntes» a los que venimos refiriéndonos en estas páginas (MOUREN et al, 1977).

#### 2.2.2.d ESTADO CIVIL

Entre los sin hogar como grupo existe menor proporción de personas casadas que entre la población general. Asimismo, los varones sin hogar es más probable que se encuentren solteros o nunca casados que las mujeres sin hogar, siendo más probable (según datos americanos) que éstas tengan hijos (LOVELL y SOKOLOWSKY, 1990).

El gran tanto por ciento de personas solteras o separadas, como veremos más adelante, tiene decisivas implicaciones sobre la salud mental de estos individuos. La carencia de red social de apoyo que suele conllevar se traduce asimismo en ausencia de uno de los factores amortiguadores que toda persona necesita ante situaciones de estrés agudo o mantenido.

FERNANDEZ (1986) y HERBERG (1987), al comparar el estado civil de personas sin hogar pacientes psiquiátricos con el del resto de la población sin hogar, encuentran entre los primeros similares probabilidades de permanecer soltero/a que entre los pacientes psiquiátricos de la población general. Entre el segundo grupo, el 63% de las mujeres sin hogar y el 39 % habían estado o estaban casados/as.

#### 2.2.2.e ESTATUS SOCIO-ECONOMICO

El "estatus socio-económico" (S.E.S.) es un complejo indicador, de difícil evaluación. DOHRENWEND (1990), en su excelente revisión de dos de los más recientes y mejor diseñados estudios epidemiológicos a gran escala (el de Israel y el *National Institute of Mental Health Epidemiological Catchment Area* en varias ciudades de los Estados Unidos), confirma la relación existente entre S.E.S. y ciertos trastornos psiquiátricos, a pesar de que permanece sin clarificar si un bajo S.E.S. es causa y/o consecuencia de dicha psicopatología.

Uno de los niveles en ocasiones manejado como indicador de S.E.S. es el NIVEL EDUCATIVO. La población sin hogar suele tener unos niveles de escolarización y académicos mínimos, lo que dificulta aún más su reinserción laboral y autonomía económica.

Conforme se den circunstancias coyunturales como las actuales en mayor medida (crecientes cifras de desempleo laboral, emigración de profesionales de países del Este o Latinoamérica, etc...) irán surgiendo igualmente un mayor porcentaje de personas sin hogar de nivel educativo más alto.

Otro indicador de S.E.S. es el NIVEL PROFESIONAL. Existen diferencias significativas entre los niveles de formación de la población y de los sin hogar, generalmente estos últimos obreros sin cualificación o sin profesión, lo cual les hace particularmente vulnerables a caer en el desempleo (WRIGHT, 1987).

La mayoría de las personas que se encuentran sin hogar están, como era de esperar, sin empleo. En estudios británicos la mayoría han estado empleados previamente durante más o menos tiempo, generalmente en trabajos eventuales.

Aunque los sin hogar enfermos mentales tienden a presentar historias laborales y de desempleo más desfavorables que los sin hogar no enfermos mentales, FISCHER et al (1986) no hallan en su estudio de Baltimore (EE.UU.) relación (estadísticamente significativa) entre estatus laboral y síntomas psiquiátricos.



### 2.2.2.f SOPORTE SOCIAL

Los datos a este respecto, en cualquiera de las localizaciones donde se ha estudiado cualitativa y cuantitativamente la red de soporte social de estas personas, confirman la pobreza o ausencia de relaciones sociales como uno de los elementos definidores de esta población. Los datos sobre su estado civil, antes comentados, son llamativos en este sentido.

Además de esta sobrerrepresentación de personas solteras y separadas/divorciadas, una significativa proporción de los sin hogar no mantienen relaciones regularmente con sus familiares o amigos y un gran tanto por ciento de ellos no tienen ninguna relación confidencial con persona alguna (MARTIN BARROSO, 1985).

Entre la «*street people*» literalmente hablando (según la tipología de ROTH y BEAN, que posteriormente comentamos) parece existir un aún mayor grado de aislamiento social. A COHEN et al (1984) les llama la atención cómo la gente de calle que dormita en embalajes de cartón contiguos en la ciudad de Nueva York, en ocasiones varias de ellas en una misma zona resguardada de las inclemencias del clima y las miradas de la policía, no suelen relacionarse entre sí.

Los enfermos mentales sin hogar parecen estar especialmente aislados socialmente. BASSUK et al (1984) señalan que el 90 % de los sin hogar por ellos entrevistados con historia previa de hospitalización psiquiátrica no tenían contacto con familiares o amigos.

Igualmente, en un amplio estudio sobre más de 8.000 usuarios de los albergues de Nueva York, diversos indicadores psiquiátricos (autoinforme de problemas actuales de salud mental, tratamiento ambulatorio actual u hospitalización psiquiátrica previa) se relacionaron significativamente con la ausencia de relación con familiares o amigos (CRYSTAL et al, 1986).

Sin embargo, no está aún claro si esta condición de marginación social extrema y/o los efectos de la enfermedad mental conducen a la disminución o debilitamiento de los

lazos sociales o si dicha ausencia de relaciones puede contribuir a determinadas personas a encontrarse sin hogar y/o exacerbar los efectos de la enfermedad mental . No está claro, continúan FISCHER y BREakey (1986) si el hecho de necesitar pocas relaciones sociales puede ser una característica personal que predispone a ésta a llegar a encontrarse sin hogar (obviamente, en conjunción de condiciones socio-económicas adversas) o si un fenómeno similar valorable como síntoma de determinadas enfermedades mentales puede precipitar el descenso de las personas que las padecen entre el colectivo de los sin hogar.

### 2.2.2.g CRIMINALIZACION DE LOS SIN HOGAR

Otro aspecto evaluado en la literatura americana es el fenómeno que denominan «criminalización» de las personas sin hogar en general y de los enfermos mentales en particular. Obviamente, los datos que aportaremos a este respecto son difícilmente extrapolables a realidades sociales (legislaciones, normas de actuación de la policía y los jueces...) y culturales (tolerancia a la desviación de la norma social...) diferentes a las de la comunidad en que han sido analizados.

Diferentes autores americanos se refieren a la tendencia creciente de *"criminalizar la conducta mentalmente desordenada en la era de la desinstitutionalización"*, ésto es, a la desviación de personas enfermas mentales necesitadas de tratamiento desde los servicios de salud mental hacia el sistema judicial y penitenciario (LAMB y GRANT, 1982).

Para evaluar esta hipótesis, como señala DAVIS (1992), los investigadores han manejado principalmente dos tipos de datos: las cifras de arrestos entre los enfermos mentales en la comunidad y la presencia de enfermedad mental entre los presos. No es éste el lugar para profundizar en estas críticas. Sin embargo, DAVIS constata algunos problemas actuales de difícil manejo tanto para los servicios de salud mental como para el sistema penal:

- en primer lugar, cómo en ocasiones existen pacientes demasiado peligrosos para su manejo por los servicios de salud mental comunitarios o en los albergues, pero cuya psicopatología no cumple los criterios de hospitalización psiquiátrica (por ejemplo, psicóticos sin clara exacerbación sintomatológica positiva, trastornos límite de la personalidad u otros);
- además, los enfermos mentales sin hogar, cuya visibilidad es mayor que la de otros enfermos mentales, suelen tener más posibilidades de ser detenidos por la policía, en general por problemas de orden público menores (conducta extravagante...) o por trastornos de conducta.

En un metanálisis de 60 estudios sobre población sin hogar en los Estados Unidos entre 1981 y 1988 (SHLAY y ROSSI, 1992), un promedio del 41 % habían sido encarcelados en algún momento a lo largo de su vida. Las investigaciones revisadas sugieren que las personas sin hogar tienen más posibilidades de ser detenidos por la policía y encarcelados debido a su conducta bizarra o su heteroagresividad. Las personas enfermas mentales sin hogar se cree que son actualmente encarceladas en los Estados Unidos más frecuentemente *"al haber desaparecido otras alternativas institucionales no del sistema penal"*, según DEAR y WOLCH (1987).

El fenómeno de la criminalización se puede ver desde el punto de vista de las agresiones y atentados que sufren los propios sin hogar, en especial aquéllos con trastornos psiquiátricos. SIMONS et al (1989) observan cómo *"una persona frecuentemente intoxicada o psicológicamente desorientada es fácil víctima de robo o agresión"* (tanto por parte de otros marginales como – fenómeno recurrente en tiempos de crisis – por miembros de población general de ideologías violentas y racistas: ver Anexo de prensa *"El País"* 30 Octubre 1991, 10 Enero 1994 ).

Dichas agresiones, continúan SIMONS et al, *"como en las personas domiciliadas o socio-económicamente estables, provocan igualmente unas repercusiones psicológicas secundarias (probablemente mayores aún entre los sin hogar al carecer habitualmente de recursos de apoyo como es una red social estrecha y cálida): descenso en el sentimiento de autoeficacia, sentimientos de desesperanza, vulnerabilidad y depresión, etc...; todos ellos, según las teorías cognitivas de Beck o la de indefensión aprendida de Seligman, asociados a síntomas depresivos"*.

De hecho, un estudio sobre 278 residentes en pensiones baratas (*board and care homes*) de Los Angeles dados recientemente de alta de una unidad de hospitalización psiquiátrica mostró que un tercio de ellos habían sido víctimas de al menos un delito en el último año. Entre la población general de Los Angeles en ese periodo la cifra fue del 3.5 % y del 23 % entre las personas no enfermas mentales residentes en dichos alojamientos.

### 2.2.3 TIPOLOGIAS DE LA POBLACION "SIN HOGAR"

La población sin hogar contemporánea en las grandes ciudades occidentales parece ser bastante más heterogénea que la tradicionalmente descrita hace décadas.

Diferentes autores han aportado tipologías que pretenden ser instrumentos para comprender los orígenes, evoluciones y necesidades de esta heterogénea población. Evidentemente, existe un considerable solapamiento de personas sin hogar entre los diferentes subgrupos descritos en las tipologías manejadas.

ARCE y VERGARE (1984), con un criterio **temporal** (según historia personal), se refieren a:

- los CRONICAMENTE SIN HOGAR,
- los EPISODICAMENTE SIN HOGAR
- y los SITUACIONAL o PUNTUALMENTE SIN HOGAR

ROTH y BEAN (1986) clasifican a esta población según el uso preferente de **recursos** sociales y personales que realizan en:

- "GENTE DE LA CALLE" (*STREET PEOPLE*), aquéllos que viven a la intemperie o en portales, coches o casas abandonadas y similares, y que no suelen tener contacto con los albergues y otros servicios sociales, excepto en circunstancias extremas o involuntarias. Según el parámetro manejado por estos autores para evaluar posibles alteraciones conductuales severas, el mayor porcentaje con niveles significativos de alteración conductual fue éste;
- los residentes en ALBERGUES y otras instituciones temporales para este grupo de población (*SHELTER PEOPLE*)
- y aquellas personas que, a pesar de carecer de vivienda mantienen aún lazos sociales y cierta capacidad de movilizar adecuadamente los recursos a su

alcance (*RESOURCE PEOPLE*), por lo que residen en pensiones baratas o alojados provisionalmente en casa de amigos o familiares; este grupo, en el estudio de ROTH y BEAN, fue el que menos probablemente había sido hospitalizado psiquiátricamente con anterioridad (21 %, frente al 27 % de la gente de la calle y el 33 % de los usuarios de albergues).

FISCHER y BREAKY (1986), por su parte, sugieren la existencia de varios subgrupos diferenciados por una combinación de **características personales e historia vital**:

- la GENTE DE LA CALLE (*«street people»*). Los hombres y mujeres cuya bizarra apariencia les hace particularmente visibles son, a pesar de lo extremadamente complejo de su estudio, de gran interés actual por las ambivalentes y contradictorias posturas que su presencia provoca (*ver Anexo de prensa*). Ellos son el anciano que porta sus pertenencias en un carrito de supermercado de la gran ciudad, las mujeres con apariencia andrajosa que se resguardan bajo un puente o en el metro o aquellos que duermen en portales, casas abandonas o parques. Estas personas, que aparentemente eligen vivir relativamente aislados de otros hasta el punto de rehuir de los albergues e instituciones sociales públicas o privadas, prefieren escoger el sitio donde comer o dormir. Dadas sus condiciones de vida de marginalidad extrema, en general no existen datos sobre sus rasgos característicos ni sus trayectorias personales.

Diferentes informes de los proveedores de servicios y otros informadores clave, así como de observaciones de campo, sugieren que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en este grupo puede ser alta, concentrando en sus filas a aquellos que presentan los niveles más severos de la patología psiquiátrica: los más desorientados, delirantes y con mayor deterioro secundario a sus problemas de alcoholismo o toxicomanías.

Un hallazgo inesperado es que el alcoholismo no parece ser más prevalente entre este grupo que en otras poblaciones y subgrupos sin hogar.

- Los ENFERMOS MENTALES CRONICOS: subgrupo, según FISCHER y BREakey, compuesto por los sujetos mentalmente discapacitados que, en algunos casos, han sido recientemente desinstitucionalizados, pero que en otros a veces siguiendo tratamiento y otras abandonando el mismo en los servicios de salud mental ambulatorios o comunitarios, sin haber tenido en general una historia de hospitalizaciones psiquiátricas prolongadas en el tiempo.

Algunas de estas personas podrían conceptualmente incluirse en el grupo denominado como "jóvenes crónicos", quienes son mayoritariamente varones y de menor edad promedio que la población sin hogar tradicional.

- Los ALCOHOLICOS CRONICOS: El abuso de alcohol ocurre en todos los subgrupos. Existe sin embargo, un grupo de alcohólicos especialmente deteriorados bio-psico-socialmente entre la población sin hogar. Suelen ser varones mayores de 45 años, en los que la movilidad, aislamiento social y su propio alcoholismo habitualmente se conjugan con bajos niveles educativos y de formación profesional. Típicamente, su consumo excesivo de alcohol se inicia en la adolescencia y rápidamente evoluciona hacia la dependencia hacia la mitad de los veinte. Su aislamiento social va progresivamente introduciéndoles en las áreas y ambientes más marginales de la ciudad, no raramente alternando con periodos de alojamiento en pensiones baratas.
- Los SITUACIONALMENTE SIN HOGAR (*«the situationally distressed»*). Este cuarto subgrupo probablemente incluya relativamente pocos enfermos mentales severos, nutriéndose principalmente de los denominados "nuevos pobres" (desempleados recientes o de larga evolución, excarcelados, expulsados o fugados de casa tras una pelea doméstica o transeúntes en busca de trabajo).

Aunque son considerados primariamente víctimas de fuerzas exteriores, las vulnerabilidades particulares resultantes de una conjunción de sus rasgos de carácter, capacidad intelectual y/o abuso de sustancias pueden jugar un papel particularmente importante para mantenerlos en su actual desgracia.

- Las FAMILIAS SIN HOGAR, uno de los grupos de mayor crecimiento en los últimos años en los Estados Unidos. Familias encabezadas por una mujer en el 70 % de los casos (BASSUK, 1990).



## **2.3 ALGUNOS ASPECTOS MEDICOS EN LOS SIN HOGAR ENFERMOS MENTALES**

Los trastornos físicos que presentan los sin hogar son los mismos que podemos reconocer en la población general, si bien magnificados en los primeros por las precarias condiciones en las que han de sobrevivir, su desprotección ante las inclemencias climatológicas, la falta de sueño, descanso y alimentación adecuada y el hacinamiento que no raramente soportan en los albergues y refugios. Estos factores son exacerbados por el estrés, los trastornos psiquiátricos y el consumo abusivo de alcohol y/u otras drogas que una gran parte de esta población realiza (BRICKNER et al, 1984).

Los estudios efectuados en los Estados Unidos confirman unas mayores cifras de morbi-mortalidad entre la población sin hogar que entre la población general (BRICKNER et al, 1984). En concreto, subrayan la existencia de un riesgo incrementado de contraer enfermedades transmisibles, así como heridas y traumatismos, hipotermia, malnutrición y exacerbación de condiciones médicas (crónicas o agudas) previas.

En una revisión de diez estudios sobre este aspecto, un 15 – 20 % referían problemas de salud (serios) crónicos o agudos o evaluaban su estado de salud actual como "malo" (MORRISSEY y DENNIS, 1990).

ROBERTSON y COUSINEU (1986), al evaluar según autoinforme el estado de salud de 238 adultos sin hogar (93 % varones) en Los Angeles, encuentran que un tercio de ellos lo califican como "pobre". Entre las mujeres, un 48 % refirieron problemas de salud.

El 38 % de las personas sin hogar en un estudio realizado por FISCHER et al (1984) en Baltimore (EE.UU.) reconocieron tener al menos un problema crónico de salud (63 % entre las mujeres, 32 % entre los varones). De estos, la mitad no habían contactado con un médico en los últimos doce meses. Para explicar tal hecho, aducieron, entre otros, los siguientes motivos:

- 30 % señaló que su problema *"no era lo suficientemente serio"*,
- 25 % que tal problema *"no tenía tratamiento"*,
- 10 % no acudieron al médico *"porque no tenía dinero para pagarle"*
- 3 % por *"carecer de Seguro Médico"*
- y un 8 % *"porque no sabía a dónde acudir"*

Por otra parte, diversos autores analizan las particularidades que el tratamiento de ciertas condiciones médicas presentan en esta población (SURBER et al, 1988; MARTINEZ-WEBER,1987; BRICKNER et al, 1984; MICHAEL y BRAMMER, 1988).

No es éste el lugar de describir en profundidad estos temas. Sin embargo, sí nos parece interesante hacer referencia a tres grupos de problemas médicos que pueden ejemplificar las dificultades de seguir un tratamiento o control médico viviendo en las calles y albergues. Nos referiremos brevemente a

- la TUBERCULOSIS y la INFECCION POR V.I.H., como ejemplos de enfermedades infecto-contagiosas,
- la DIABETES y la HIPERTENSION, como ejemplos de enfermedades que requieren un tratamiento y control médico a largo plazo,
- el EMBARAZO, como situación que se presenta de alto riesgo al acumularse determinados factores no inusuales entre las mujeres sin hogar (malnutrición, consumo de tóxicos, ausencia de control periódico de la gestación...)
- y, finalmente, a el ESTADO DE SALUD ENTRE LOS ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR

La prevalencia de **TUBERCULOSIS ACTIVA** entre los residentes de albergues en distintas ciudades de los Estados Unidos se sitúa entre el 1.6 al 6.8 %, cifras ciento cincuenta a trescientas veces superiores a la prevalencia media nacional (FRONER, 1988).

Algunas características del tipo de vida de los sin hogar (malnutrición, etilismo, hacinamiento...) les convierten en un grupo de alto riesgo para desarrollar una infección o reinfección/reactivación tuberculosa (NARDELL et al, 1986).

Asimismo, la compleja posología que supone mantener los fármacos tuberculostáticos durante un largo período (en ocasiones, más de nueve meses) conlleva en no pocas ocasiones un abandono prematuro de dicho tratamiento, con las importantes repercusiones de Salud pública que ello implica (NARDELL et al, 1986).

Los enfermos mentales sin hogar, cuya adherencia y cumplimiento con cualquier tipo de tratamiento es más bien bajo, se encuentran entre los que más improbablemente se engancharán a un regimen terapéutico antituberculoso y entre los que más fácilmente lo abandonarán antes de haberlo completado (BRICKNER et al, 1990).

Existe una creciente preocupación en los Estados Unidos al comprobar cómo un cada vez mayor número de enfermos mentales crónicos se encuentran en situación de riesgo para el contagio de la infección por el **VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)** (KELLY et al, 1992).

Las cifras de seropositividad al VIH entre los adolescentes sin hogar en los Estados Unidos son de dos a diez veces superiores a los detectados entre el resto de adolescentes (ROTHERAM-BORUS et al, 1991).

Es más difícil para los sin hogar que para las personas con un estilo de vida menos marginal protegerse a si mismos de la infección por el VIH así como, cuando ya se hallan infectados, seguir los protocolos terapéuticos de forma adecuada (ROTHERAM et al, 1991; FRONER, 1988).

En una revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de SIDA hospitalizados en un Hospital de Nueva York entre 1981 y 1984 se comprobó que el 13 % fueron identificados como *homeless* al ingreso (TORRES et al, 1987). Entre ellos existía una significativamente alta incidencia de Tuberculosis Activa, así como una mayor tasa de «*non compliance*» del tratamiento antibiótico o tuberculostático al salir del Hospital.

Más del 65 % de los 18.347 casos de SIDA confirmados en nuestro país hasta Marzo de 1993 eran Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (LOPEZ GAY, 1994). Aunque no conocemos cifras sobre prevalencia de VIH/SIDA entre la población sin hogar específicamente, éstas probablemente sean altas dado el alto número de toxicómanos sin hogar existente, un número indeterminado de ellos con alto índice de deterioro tanto físico como psico-social.

La **DIABETES MELLITUS**, insulín dependiente, es un buen ejemplo de los problemas que encuentran las personas sin hogar con una enfermedad física crónica para seguir el tratamiento médico recomendado de forma adecuada y efectiva (MARTINEZ-WEBER, 1987; SURBER et al, 1988).

Tanto los aspectos dietéticos como la propia administración del tratamiento (conservación de la insulina, inyecciones regulares, controles glucémicos periódicos... ) pueden suponer serios problemas en la mayoría de diabéticos que sobreviven en la calle o van de albergue en albergue.

Además, no debemos olvidar el "valor" que los utensilios para administrar dicho tratamiento poseen en la subcultura marginal (jeringuillas hipodérmicas, alcohol para desinfección...), lo cual supone un inconveniente más para el cumplimiento regular del mismo.

Similares problemas han sido descritos para el seguimiento regular de la **HIPERTENSION ARTERIAL** (MICHAEL y BRAMMER, 1988).

El **EMBARAZO** de las mujeres sin hogar no raramente implica serios problemas médicos tanto para la madre como para el hijo. De hecho, las mujeres sin hogar

presentan el doble de problemas médicos y el triple de posibilidades de requerir ingreso hospitalario durante el embarazo que otras mujeres (LOWRY, 1989).

Comparando dos grupos de mujeres admitidas a una Unidad de Obstetricia en Londres, sin hogar y domiciliadas, las primeras eran proporcionalmente más jóvenes y con mayor número de embarazos previos. Las embarazadas sin hogar, que comenzaron su control médico más tarde que el resto de mujeres, presentaron mayor número de problemas obstétricos y perinatales. Se encontró bajo peso al nacimiento en el 9 % de los hijos de las mujeres sin hogar y prematuridad en el 11 % de los casos (PATERSON y RODERICK, 1990).

Un grupo particularmente en riesgo es el de las mujeres sin hogar con trastornos psiquiátricos graves. Algunos autores, al revisar estudios epidemiológicos europeos y en los Estados Unidos, subrayan (a pesar de mantenerse moderadamente bajas las tasas de fertilidad de las mujeres esquizofrénicas en relación con la población general) una tendencia ascendente en las últimas décadas *"debido al incremento de las políticas de desinstitutionalización en el tratamiento de dicha enfermedad"* (JABENSKY, 1986; MILLER, 1990).

Los estudios sugieren también que un significativo porcentaje de mujeres sexualmente activas que son pacientes psiquiátricas ambulatorias no hacen uso de métodos anticonceptivos, incluso cuando no desean quedar embarazadas, y que las descompensaciones psicóticas en ellas durante el embarazo son mucho menos detectadas por los clínicos de lo que suceden en la realidad (MILLER, 1990).

En un programa para mujeres embarazadas con trastornos psiquiátricos adicionales (Esquizofrenia en el 90 % de los casos), de 26 admisiones consecutivas a lo largo de un año MILLER (1990) encontró negación psicótica de su embarazo en doce de ellas. La mayoría de las que presentaron dichos fenómenos eran "psicóticas crónicas, indigentes e indomiciliadas".

La incidencia de riesgos asociados es igualmente desconocida, pero dicha negación psicótica del embarazo ha sido asociada con rechazo de los cuidados pre y postnatales, alumbramiento pretérmino de alto riesgo y neonaticidio (MILLER, 1990). Por

todo ello este autor llama la atención sobre la necesidad de detectar y abordar los en ocasiones complicados cuidados materno-filiales de las madres psicóticas, en especial si ellas se encuentran en una situación de indigencia y carencia de soporte social extremo.

**El estado de salud (física) entre los enfermos mentales sin hogar** como grupo no ha sido sistemáticamente estudiado. En uno de los pocos estudios encontrados a este respecto, GELBERG y LINN (1989) evaluaron un total de 529 adultos sin hogar (73 % varones) en Los Angeles para determinar la relación existente entre el uso previo de servicios de salud mental, utilización de servicios médicos y hábitos de salud.

Comprobaron que aquéllos sin hogar con antecedentes de hospitalización psiquiátrica habían experimentado más probablemente signos y/o síntomas físicos serios en el último mes que el grupo de los que sólo habían seguido tratamiento psiquiátrico ambulatorio o de los que nunca habían requerido atención psiquiátrica.

Asimismo, el primer grupo refirió más motivos para no obtener el cuidado médico necesario, así como peores hábitos de salud (mayor porcentaje de éstos obtenían alimentos de los cubos de basura y tenían una higiene personal más precaria).

Algunos autores, sin embargo, han examinado el estado de salud entre los enfermos mentales desinstitucionalizados (HAUGLAND et al, 1983), demostrando que su muestra de 1.033 pacientes acumularon unas tasas de mortalidad superiores a las encontradas en la población general. Reconociendo lo determinante que en este tipo de estudios supone las características del sistema asistencial en donde dicho trabajo se lleva a cabo, FISCHER y BREAKEY (1986) concluyen que *"puede asumirse que el estado de salud de las personas enfermas mentales severas que se encuentran sin hogar es similar, si no peor (particularmente entre la gente de la calle), al de los enfermos mentales crónicos"*.

También el perfil médico de los alcohólicos crónicos sin hogar parece tener particularidades dignas de considerar. BLUMBERG et al (1978) (cit. FISCHER y BREAKEY, 1986) encuentran libres de enfermedad sólo a un 2 % de los 229 varones sin hogar

examinados. El 13 % fueron diagnosticados de tuberculosis, el 16 % tenía una discapacidad significativa secundaria a un traumatismo debido a accidentes en la calle o peleas, el 13 % se encontraban anémicos, el 20 % tenía úlcera gastroduodenal.

## 2.4 ASPECTOS PSICOLOGICOS Y PSIQUIATRICOS

"En la primera dominica de Cuaresma del año 1409 de nuestra era estaba convocado para predicar el sermón del Evangelio en la catedral de Valencia el padre fray Gilabert Jofré, religioso mercedario conventual de esta ciudad, y al pasar desde su residencia a la metropolitana observó un grupo de curiosos alrededor de un loco que en su delirio había sido acometido por algunos desalmados, causándole heridas en la cabeza y varias contusiones. Esta vista horrorizó a aquel siervo de Dios que iba a predicar a las gentes la caridad evangélica tan recomendada por el Salvador, Aquel que en un caso semejante había prometido el reino de los cielos a los inocentes y la bienaventuranza a los limpios de corazón. No bien acabado el panegírico cuando, laceradas sus entrañas y ardiendo en el amor de caridad, exclamó: – En esta ciudad hay mucha obra pía y de gran caridad, empero falta una que es muy necesaria: un hospital o casa donde los pobres inocentes y furiosos fueran acogidos. Porque muchos pobres inocentes van por esta ciudad y sufren de hambre, de frío y de injurias. Y como debido a su inocencia y furor no saben ganar ni pedir lo que han menester para su sustento y duermen en las calles y mueren de hambre y de frío y además hay muchas personas sin conciencia y sin Dios que los injurian y maltratan , y allí donde les encuentran dormidos los hieren y matan y abusan de algunas mujeres inocentes. Todo lo cual son cosas conocidas por todo Valencia"

Padre GILABERT JOFRE (Traducción del original valenciano del Archivo del Hospital de Valencia realizada por MARCO,1950)

Muchas son las perspectivas psico(pato)lógicas desde las que podríamos reflexionar sobre el fenómeno de la carencia de hogar y la indigencia. Venimos hablando de una marginación extrema, que no sólo afecta a la vivienda – al "techo" o los aspectos materiales de la pobreza –, sino que condiciona necesariamente la forma en que esa persona habrá de afrontar su vida – sin "hogar" y "sin" todo lo que éste psicológica y vivencialmente supone.



Algunas de ellas nos las planteamos en forma de pregunta:

- *¿Qué tipo de sociedad favorece la exclusión de personas con determinadas conductas que, con o más o menos consenso, calificamos de "enfermedad mental"? ¿Cómo, a lo largo de la historia, las distintas sociedades han acogido o rechazado a estas personas?* (SOCIEDAD Y MARGINACION ENFERMOS MENTALES)
- *¿Cuál es el coste psico(pato)lógico que puede suponer el tener que vivir en circunstancias como las que hemos descrito como habituales entre las personas sin hogar?, ¿puede, dicha situación puntual o mantenida en el tiempo, originar, precipitar o descompensar determinados síntomas psicopatológicos?* (EL ESTRES DE LA VIDA EN LA CALLE)
- *¿En qué trastornos mentales o estructuras de personalidad se han descrito clásicamente conductas como el vagabundeo, la fuga o la tendencia a la (auto)marginación social?* (SIGNIFICACION SEMIOLOGICA DE LA FUGA, EL VAGABUNDEO Y LA CARENCIA DE HOGAR)
- *¿Qué significación psico(pato)lógica podríamos dar a tales conductas (vagabundeo, aislamiento social ...) o trayectorias vitales de descenso social y acercamiento a los ambientes más marginales de la sociedad que podemos encontrar con mayor frecuencia que la pura casualidad en determinados cuadros de la nosología psiquiátrica tradicional?* (ENFERMEDAD MENTAL Y MARGINACION: QUE PAPEL PSICOLOGICO JUEGA ESA CONDUCTA EN ESA ENFERMEDAD)
- *La presencia de "enfermos mentales en las calles", ¿es un fenómeno recogido en las etapas históricas previas a la actual, donde el Hospital Psiquiátrico tradicional era el centro – y en ocasiones la única estructura asistencial – de la atención a los enfermos mentales?* (ESTRUCTURAS DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y MARGINACION: EL PASADO)

● *¿Han favorecido las políticas de Desinstitucionalización el incremento de personas sin hogar con trastornos psiquiátricos severos y/o crónicos?, ¿de qué formas se manifiestan actualmente, en el contexto de la Psiquiatría Comunitaria, las relaciones entre enfermedad y mental y marginación? (EL PRESENTE)*

● *¿Cómo debería organizarse la atención social y sanitaria a las personas sin hogar para que la calidad de vida de estos fuera la mejor posible, tanto en los aspectos materiales de la misma como en los de Salud Mental? (EL FUTURO)*

### 2.4.1 SOCIEDAD Y MARGINACION DE LOS ENFERMOS MENTALES

A lo largo de la Historia, las distintas sociedades han tendido de manera más o menos explícita a excluir de su seno a aquellas personas cuya conducta se separaba, cuando no contrariaba abierta y violentamente, de la norma en cada momento histórico establecida.

No es éste el lugar para recorrer con detenimiento los distintos relatos e interpretaciones históricas que diferentes autores han aportado (FOUCAULT, 1967; DÖRNER, 1974; HUERTAS, 1991, 1992; HAMID et al, 1993; PALOMO, 1990; GONZALEZ DURO, 1994). Pero sí nos llama la atención ahora, al rememorar dichas Historias de la Psiquiatría, cómo a lo largo del tiempo la sociedad – y, consecuentemente, la Psiquiatría que en ella se desarrolla – se ha movido cíclicamente entre dos polos:

- el abandono del enfermo mental a su suerte (suerte que, en general, no parece haber sido tan buena como algunos pretenden: criminalización del enfermo mental, estigmatización del mismo, rechazo activo ya sea a través del encierro o la violencia directa...)
- y la asunción de responsabilidades de la propia sociedad en relación al cuidado y porvenir de aquellos de sus miembros que sufren trastornos mentales

En periodos de abandono y marginación extrema del enfermo mental es cuando han surgido figuras y movimientos que han revolucionado la asistencia psiquiátrica.

El relato de los hechos que llevaron al Padre Jofré, en la Valencia de 1409, a fundar "el primer hospital psiquiátrico del mundo" (MARCO, 1950) es bien ilustrativo a este respecto. Sus palabras, tal vez con algunos retoques del lenguaje técnico actual, podrían ser suscritos por más de un gestor de servicios de salud mental de una gran ciudad occidental de los noventa.

En los Estados Unidos, Dorotea Dix "se escandaliza al comprobar dónde y cómo vivían un gran número de los enfermos mentales del país: en las cárceles, calles y

albergues de caridad" (CASTELL, 1980). De su labor de denuncia pública de esta situación surgen hospitales psiquiátricos en muchos estados de la nación, lo que contribuyó a mejorar notablemente la calidad de vida de estos pacientes y que, en la época, supuso – aparte de otras lecturas (SZASZ, 1974) – una medida avanzada para el contexto de la sanidad en los Estados Unidos.

*"Irónicamente – según BENDA (1991) – muchos individuos sin hogar actualmente recorren el país (Estados Unidos) en busca de asilo y refugio, un hecho que fue el origen de la creación de muchas de las instituciones de las cuales este mismo tipo de personas han sido «liberadas» (?) en los últimos años".*

Por este motivo, algunos autores han calificado con duros términos la forma en cómo la desinstitucionalización fue materializada en algunas áreas. CASTELL (1980), citando a otro autor, concluye su revisión de la reciente historia de la psiquiatría americana con las siguientes palabras:

*"La libertad de estar enfermo, sin ayuda y aislado, no es libertad. Es un regreso a la Edad Media, cuando los enfermos mentales erraban por las calles y los niños les tiraban piedras" (SANTIESTEVAN, 1980)*

Pero en otras ocasiones la marginación del enfermo mental no ha sido tan visible para el ciudadano medio. Tras las puertas de los manicomios, "alimentados, vestidos y bajo techo"... pero excluidos del resto de la comunidad y enajenados de sus derechos más elementales, existía otro abandono y rechazo del enfermo mental (en especial de aquellos de bajo estatus socio-económico) también denunciado. De estas críticas, tanto de los llamados "antipsiquiatras" como, no lo olvidemos, de los que desde dentro llegaron a iniciar la transformación del paradigma de la Psiquiatría y campos afines de la Salud Mental, comenzaron a surgir los recientes cambios en la praxis psiquiátrica.

#### 2.4.2 EL ESTRES DE LA VIDA EN LA CALLE

Vivir solo en la calle supone en sí mismo una condición altamente estresante para la mayoría de los que llegan a encontrarse en esa situación. Los relatos autobiográficos de algunas de estas personas, que posteriormente han escrito sobre sus vidas y descrito desde dentro estos márgenes de la sociedad, son documentos excepcionales para conocer el día a día del sin hogar. George ORWELL en su libro primerizo, *Sin blanca en París y Londres* (1980), el *Diario del ladrón* de Jean GENET (1988) o algunas obras autobiográficas del premio Nobel Knut HAMSUN, como *Hambre* (1961) u otras, son buenos ejemplos de ello. Los títulos, como vemos, dejan poco espacio a la visión romántica de la vida en la calle.

Con una reflexión más académica, GOODMAN et al (1991), consideran tres situaciones especialmente difíciles de elaborar en las personas sin hogar:

- 1º En primer lugar, el hecho mismo de llegar a encontrarse sin hogar (habiendo perdido no sólo la vivienda, sino con frecuencia el marco de relaciones sociales estables, el ritmo habitual de vida y, a veces incluso, las coordenadas de referencia familiares) puede ser en sí mismo psicopatógeno, ya sean estas pérdidas repentinas o progresivas
- 2º En segundo lugar, entre aquellos no *traumatizados* por el hecho de haber llegado a parar a esta situación de marginación extrema, la propia vida en las calles y albergues, con lo que ésta supone de pérdida de seguridad, predictibilidad y control de la situación y de la propia existencia, puede ser desestabilizadora psicológicamente a mayor o menor tiempo
- 3º Esta condición de indigencia puede además exacerbar síntomas de trauma psicológico en personas con historia previa de victimización (abuso físico o sexual) o descompensar estructuras de personalidad o síntomas psicopatológicos previamente estabilizados en mayor o menor escala

Como señalan BAXTER y HOPPER (1982), *"los síntomas de aquellas personas inestables emocionalmente hablando son fácilmente exacerbados en la calle, a menudo tomando un carácter y severidad que atemoriza a los mismos sin hogar. Para aquellos con un trastorno psiquiátrico grave el estrés de la vida en la calle puede llegar a ser agotador y desencadenante de nuevas crisis (...) Realizar una evaluación clínica psiquiátrica ante una persona sin hogar con múltiples y extremas carencias de forma precipitada puede llevar a conclusiones erróneas"*.

MILBURN y D'ERCOLE (1991), aplicando el *modelo transaccional del Estrés*, muestran cómo la inestabilidad en la cobertura de las necesidades más básicas (vivienda, alimento, protección...), la misma pobreza económica, el desempleo laboral y la victimización pueden ser valorados como importantes estresores que, interactuando con las propias características individuales (historia personal, capacidades y vulnerabilidades...) en un contexto dado (con o sin soporte social y/o familiar) pueden llegar o no a desestabilizar emocionalmente a dicha persona.

Las personas sin hogar parecen poco equipadas para afrontar satisfactoriamente los sucesos traumáticos que frecuentemente experimentan (NORTH y SMITH, 1992). La habitual carencia – casi por definición de "sin hogar" – de una red de apoyo y soporte social lo suficientemente consistente y extensa como para hacer frente a dicho estrés diario es uno de los factores determinantes para comprender el riesgo psicopatológico al que antes hacíamos referencia, como señalan la mayoría de los autores consultados y, entre nosotros, MANSILLA (1993) y VIELVA (1992).

La situación se agrava si quien ha de desenvolverse en estas adversas condiciones es una persona con determinados trastornos mentales severos y/o crónicos.

SEGAL, BAUMOHL y JOHNSON (1977) observan cómo los jóvenes enfermos mentales vagabundos no sólo carecen de lazos sociales en la comunidad sino también incluso dentro de la propia subcultura marginal.

Las otras personas sin hogar (quienes con frecuencia les etiquetan como "locos"... sin tantas matizaciones nosográficas y temores a la estigmatización de tal "diagnóstico psiquiátrico" como las que manifestamos los profesionales de la Salud Mental) simplemente les ignoran, aunque en ocasiones les manipulan para sus propios intereses o claramente perjudican. Como concluye SCHNABEL (1992), *"ser «paciente psiquiátrico» constituye la categoría inferior en la jerarquía social de la vida en la calle (...) Ellos (los enfermos mentales sin hogar) son con frecuencia víctimas fáciles de robar, fáciles de engañar y fáciles de rechazar"*.

Sobrevivir con cierta dignidad en la calle requiere considerables habilidades en el manejo de las relaciones interpersonales, habilidades de las que suelen carecer los enfermos mentales. Su frecuente impredecibilidad, incompetencia para ciertas tareas complejas, inestabilidad y falta de lógica les hacen con frecuencia poco fiables como "compañero de viaje" para otros vagabundos o "de habitación" a la hora de ocupar una casa abandonada.

Los antes citados SEGAL, BAUMOHL y JOHNSON relacionan la mayor o menor integración y aceptación de los enfermos mentales sin hogar en el submundo marginal con la capacidad de aquellos para adaptarse a las normas y valores en él imperantes.

Conocer dichas normas de relación y valores de la vida en la calle nos ayudará a los profesionales a comprender lo en ocasiones inútil de "tratar" aisladamente un determinado síntoma o conducta (p.ej., el abuso de alcohol, comerciar o desviar al mercado ilegal los psicofármacos recetados o pretender conseguir unos hábitos higiénicos que hagan a la persona menos repulsiva por su aspecto externo).

El abuso de alcohol, por ejemplo, tiene entre algunos sin hogar una funcionalidad propia: "es un método transitorio de *entrar en calor* en los meses más fríos del año, una forma para relacionarse socialmente con otras personas y una peculiar manera de acallar ciertos síntomas psiquiátricos en ausencia de medicación" (REICH y SIEGEL, 1978).

Diferentes drogas ilegales -- marihuana, heroína, fármacos psicotropos... -- cumplen similares objetivos. Por todo ello, la motivación para abandonar el uso de dichas sustancias con frecuencia es baja y las recaídas habituales.

Sin embargo, como subraya SNOW (1986), *"los esfuerzos de los enfermos mentales sin hogar por sobrevivir en las calles no son tan caóticos e irracionales como pudieran parecer a distancia"*.

MARTIN et al (1990) recalcan también la capacidad de adaptación que muestran muchas de las personas que se encuentran sin hogar, presenten o no un diagnóstico y/o antecedentes psiquiátricos, a las difíciles condiciones de la vida en la calle, ingeniéndosela para alimentarse, dormir, buscar ayuda o relacionarse a pesar de los hándicaps que acumulan.

El "éxito" al satisfacer sus necesidades más básicas, incluso entre aquellos enfermos mentales transeúntes que recorren los caminos de ciudad en ciudad y de albergue en albergue, sugiere según esos autores un cierto grado de competencia y dominio en relación a las demandas que la vida en la calle y los albergues conlleva.

Para algunos sin hogar, por otra parte, los cuidados y apoyos fortuitos, irregulares y no programados que reciben de vecinos, comerciantes, viandantes e incluso profesionales parecen ser mucho más preferibles que aquellos otros que pudieran recibir en ambientes más organizados (ya sean éstos familiares o institucionales). Esto provoca un refuerzo positivo, intermitente pero muy valioso para ellos que es muy difícil de interrumpir cuando tratamos de ofrecer una alternativa residencial o de otro tipo a la vida en la calle (MARTIN y NAYOWITH, 1986) (cit. MARTIN et al, 1990).

Para otros, el sentido de la autonomía e independencia personal es, a menudo, una de las pocas fuentes de autoestima que poseen... aunque a veces mantener esta independencia supone un alto coste para el individuo (incluso en deterioro del estado mental a veces), como señalan BLANKERTZ et al (1990).



Los programas asistenciales socio-sanitarios y en especial el acercamiento clínico deben comprender y tener en cuenta estas *reglas del juego de la vida en la calle*. Como señala MARTIN (1990),

*"no es suficiente ofrecer refugio o cama caliente a los enfermos mentales sin hogar (tampoco exclusivamente Haloperidol). Los sin hogar enfermos mentales aprenden a vivir en la calle y adaptarse a la misma. Los esfuerzos terapéuticos y rehabilitadores deben comprender, reconocer y valorar dicho proceso adaptativo, las capacidades y recursos personales de estos individuos y proporcionar servicios que se sustenten y reafirmen la independencia y creatividad de tales estrategias de supervivencia"*

Muy útil para comprender los valores y las formas de supervivencia en las calles – además del contacto personal sin prejuicios (lo cual es dificultado seria y tal vez inevitablemente por el rol profesional) – son los estudios etnográficos del tipo de los de BAXTER y HOPPER en Nueva York o SNOW y ANDERSON (1987) entre la "gente de la calle" en Austin, Texas. En nuestro medio, son interesantes los trabajos de MARTIN BARROSO et al (1985), DIEZ ALVAREZ (1978) y RODRIGUEZ DIAZ et al (1986), entre otros.

#### **2.4.3 SIGNIFICACION SEMIOLOGICA DE LA FUGA, EL VAGABUNDEO Y EL DESCENSO SOCIAL**

Aunque somos conscientes del riesgo de aislar conductas como la fuga o el vagabundeo de los contextos biográficos en que estas se producen para analizarlas fenomenológicamente, muchas de éstas se han relacionado ya desde los autores clásicos de finales del siglo con ciertos cuadros nosológicos, en los que tienen cierta significación semiológica.

Otros autores subrayan sin embargo la falta de especificidad diagnóstica de las conductas de fuga y vagabundeo (VERDOUX et al, 1993).

Es la Psiquiatría francesa y alemana clásica quien más ha ahondado en los aspectos fenomenológicos y psicopatológicos profundos de estas conductas. El enfoque de estos estudios, tan lejano a las líneas de interés e investigación de los autores anglosajones contemporáneos, nos ayudan a comprender algunas de estas conductas siempre que, como señalábamos al principio, complementemos estos análisis individuales con otros a nivel estructural.

Por poner un ejemplo: está descrita la tendencia de las personalidades esquizoides o diagnosticadas de Esquizofrenia Simple al aislamiento social y a la falta de adherencia al tratamiento psiquiátrico. Sin embargo, además de diferentes explicaciones psicológicas que podamos ensayar (muy interesantes por otra parte) dichas conductas se relacionan también con el clima social en que estas personas viven y la organización de los servicios asistenciales que pretende prestarles ayuda psiquiátrica, así como la sensibilidad que estos servicios y profesionales de Salud Mental muestran por sus peculiaridades.

Repasemos ahora, con MOUREN, RAJAONA, THIEBAUX y TATOSSIAN (1977) en su artículo *Le Vagabondage: aspects psychologiques et psychopathologiques* y los escritos de STENGEL (1939, 1941), entre otras publicaciones, algunas de estas referencias en la literatura psiquiátrica clásica.

El "viajar" (*le voyage*) como síntoma psicopatológico ha sido objeto de estudio en la psiquiatría francesa desde finales del siglo XIX, habiendo sido propuestas diferentes formas de categorización de las distintas presentaciones en que puede manifestarse este síntoma (VERDOUX, GOUMILLOUX y BOURGUEOIS, 1993).

BENON y FROISARD (1908) diferencian así entre "fuga" y "vagabundeo". Según estos autores una fuga sería *"un acto mórbido de la actividad, accidental, transitorio, que sobreviene en forma de acceso y en el curso del cual el paciente ejecuta un desplazamiento anormal, una marcha o viaje ... bajo la influencia de sus problemas psíquicos"*. El vagabundeo sería, por el contrario, *"un estado mórbido habitual de la actividad, en el curso del cual el enfermo ejecuta sus viajes ... bajo la influencia de su problemática psíquica"*.

Las fronteras entre ambos tipos de síntomas son imprecisas y reposan esencialmente sobre el hecho de su duración en el tiempo.

El problema del vagabundeo ha sido abordado por autores como ESQUIROL (1833), FOVILLE (1875) con sus trabajos sobre los *aliénés migrants ou voyageurs* (quienes huían de sus domicilios bajo la creencia (delirante) de estar siendo perseguidos) o CHARCOT (1888), quien estudia las relaciones entre la fuga o el vagabundeo compulsivo y la psicastenia, la histeria y la epilepsia.

Estos y el resto de autores de la época que abordan el tema son unánimes a la hora de considerar el vagabundeo (y con mayor claridad, la fuga) como síntoma de enfermedad mental. Por ello defienden los problemas de la personalidad y psicopatológicos en detrimento de los factores sociales como explicación del origen de dicha conducta.

Una actitud similar aparece en la literatura alemana del momento, con BONHOFFER (1901) y sobre todo WILMANN (1906), quien en su monográfico *Zur Psychopathologie des Landstreichers: Klinische Studie*, señala la frecuencia del vagabundeo como pródromo o forma frustrada de demencia precoz (cit. Mouren et al, 1977).

HUERTAS (1991) describe en el Buenos Aires de aquella época – entre 1880 y 1930 aproximadamente – un tipo muy particular de vagabundeo, los *atorrantes* (curioso nombre que se dio a finales del siglo XIX a los vagabundos que solían pernoctar en un depósito costero, dentro de los tubos destinados a desviar las aguas del río... tubos que al llevar bien visible la inscripción del fabricante – A. Torrent – dieron nombre por extensión a esos indigentes, emigrantes fracasados en su mayoría). HUERTAS señala en su libro diferentes autores médicos argentinos de aquellos años que, sin embargo, ven el "atorrantismo" (sic) *"como una verdadera forma de alienación (mental)"*.

Fruto de esta forma de interpretar el vagabundeo, como un síntoma de enfermedad mental, surgen líneas de investigación y prácticas congruentes con dicha hipótesis. Dos ejemplos:

- los estudios anatomo-patológicos que aún en 1976 publican VEITH y SCHWINDT (cit. MOUREN et al, 1977) *"preguntándose si, al lado de razones psicológicas, existen causas orgánicas que hagan que uno se convierta en vagabundo"* (para lo que autopsian exhaustivamente a 65 vagabundos)
- o los enfoques terapéuticos de dicha "enfermedad", como la Clínica Psiquiátrica y Criminológica de la Policía de la Capital bonaerense (fundada en 1900), *"en donde podrá en adelante examinarse al vagabundo de todas las edades y todas las condiciones, desde sus primeros pasos en esa senda en que se inician los niños, hasta cuando les recoge la Cárcel, el Asilo o el Hospital, según el rumbo que vayan tomando (...) Al ladrón se le podrá tratar sin ambages y conocer su poco estudiada biología. Al alcohólico se le tendrá en abundancia y bajo todas sus formas. Los locos que allí pululan, darán lugar a hacer aplicación práctica de psicopatología forense"* (BARBIERI, 1906: cit. en HUERTAS, 1990).

Sin embargo, progresivamente se va dando mayor protagonismo a los factores psicológicos y sociales del fenómeno. A mediados de la década de los cincuenta son autores

como el psicólogo VEXLIARD (1956) y DUROU (1966) quienes abordan ampliamente la problemática psicosocial de los vagabundos.

NÉRON (1953), desde una perspectiva fenomenológica, analiza diversas causas (tanto biológicas como psicosociales) que pueden llevar al niño o adolescente a conductas de vagabundeo.

STENGEL (1939) analiza, desde el punto de vista psicogenético, *"la «compulsión patológica a vagar», extraño síntoma que se manifiesta, unas veces siguiendo un periodo de completo bienestar y adaptación socio-familiar y otras después de un corto periodo de depresión, por un irresistible impulso a abandonar el hogar y vagar sin rumbo (...) durante horas e incluso días"*.

Tres tipos, según expresa STENGEL en la terminología de su época, tienden a desarrollar más frecuentemente esta condición: aquellos que presentan cambios cíclicos del humor, ciertos epilépticos y, finalmente, un cierto grupo de *psicópatas* con rasgos de histeria.

También describe esta conducta en otros trastornos afectivos, bipolares o no, esquizofrenia y ciertos trastornos de la personalidad, si bien existirían gradaciones entre los estados de fuga típicos y ciertas condiciones que denomina *fugue state-like*. En un artículo posterior, STENGEL (1941) considera la relación de las fugas y el vagabundeo con otros fenómenos psicopatológicos, como son la pseudología fantástica, la inestabilidad emocional, la histeria y los traumas emocionales.

Es precisamente en algunas formas de **EPILEPSIA** donde típicamente se han descrito estados más o menos duraderos de fuga. STENGEL (1941), de los veinticinco casos clínicos que analiza, diez tienen relación con diversos cuadros epilépticos (diagnosticados, es obvio, con los métodos diagnósticos y concepciones teóricas sobre dicha enfermedad de su época).

JANET (1907) (cit. STENGEL, 1939) intenta diferenciar estas fugas epilépticas de las que pueden producirse en personalidades histéricas orientando para ello la menor duración de las primeras. KRAEPELIN (1913) (cit. STENGEL, 1939), sin embargo, reconoce la imposibilidad de diferenciarla.

También se han descrito fugas impulsivas e incluso períodos más duraderos de vagabundeo o transeuntismo en diversos **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**, tanto de tipo histérico (p.ej., cuadros disociativos originados por situaciones de conflictividad personal máxima, ante las cuales la huida inconsciente de dicha problemática supone un mecanismo defensivo) como antisocial, entre otros.

A pesar de las críticas metodológicas que pudieran plantearse ante la posibilidad de aplicar los criterios diagnósticos de Trastorno Antisocial de la Personalidad a una población con características de precariedad relacional, laboral y marginación social como la que nos ocupa, estudios como los de NORTH, SMITH y SPITZNAGE (1993) sustentan la pertinencia de este diagnóstico en una pequeña proporción de la población sin hogar.

En los estudios epidemiológicos donde se ha podido evaluar su presencia, las cifras de prevalencia de trastornos de la personalidad parecen especialmente altas entre el grupo de mujeres sin hogar (BASSUK, 1984).

Existen sugerencias en la literatura, como recogen BERRY y ORWIN (1966), de que las personas sin hogar que presentan dichos trastornos de la personalidad *"con frecuencia saben bien cómo asegurarse una admisión en un hospital psiquiátrico (buscando refugio, alimento, descanso y otro motivo generalmente lejano a la demanda de ayuda específicamente psicoterapéutica), ingreso que generalmente suele ser breve y no raramente por vía judicial"*.

La **ESQUIZOFRENIA SIMPLE** se describe, ya desde las primeras referencias realizadas por BLEULER (1937), por "una debilitación de las funciones psíquicas con pérdida de la iniciativa, falta de voluntad, empobrecimiento afectivo y abandono de las obligaciones sociales".

Como recuerda COLODRON (1983), *" el comienzo pocas veces se acierta a precisar: la evolución insidiosa a menudo se remonta muchos años atrás. Son personas abúlicas, gruñonas, malhumoradas, amaneradas, carentes de sintonización afectiva. Vagabundos, diletantes sin talento, excéntricos, descarados, propicios al chiste grosero o al insulto, irritables, crueles en las relaciones con familiares y amigos, que, en ocasiones, tras una apariencia inofensiva, por su baja tensión emocional, cometen súbitamente delitos sanguinarios. No suelen presentar trastornos del pensamiento. En cualquier caso, si existen, resultan difíciles de descubrir"*.

Esta forma clínica es recogida por los recientemente publicados criterios diagnósticos CIE-10 (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1992). En la descripción de esta variedad clínica, en la que *"no hay evidencia de alucinaciones ni de ideas delirantes y donde los rasgos «negativos» característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos (positivos) claramente manifiestos"* se señala igualmente cómo *"el creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, e encerrarse en si mismos y a perder los objetivos de su proyecto de vida"*.

Como concluye COLODRON, *"insensibles desde la niñez, los pacientes terminan su vida en el suburbio, la cárcel o el manicomio, si carecen de familia que los tutele"*.

Precisamente por esta tendencia a vivir en ambientes marginales y lo poco espectacular, en general, de su sintomatología es por lo que, salvo por descompensaciones psicóticas o problemas de orden público más o menos evidentes, estas personas no suelen permanecer demasiado tiempo en los Hospitales Psiquiátricos ni, mucho menos, en contacto con los servicios de Salud Mental comunitarios.

No sólo en las formas simples de la esquizofrenia se dan con cierta frecuencia estas conductas de vagabundeo y retraimiento social hacia ambientes más o menos anómicos y marginales. Como señalan MAYER-GROSS, SLATER y ROTH (1958), *"en algunos casos de esquizofrenia paranoide se produce cierta mitigación de la hostilidad y el resentimiento*

*con el paso del tiempo (...) El enfermo se hace más accesible y vuelve a tener, de una manera limitada, cierto contacto con el mundo de los demás. Abandona la lucha y, aunque conserva sus ideas delirantes, no las toma tan a pecho. Enfermos que se hallan en este estadio pueden encontrarse entre los vagabundos del camino o como mendigos y desocupados en las calles de las ciudades".*

De hecho, esta observación de la tendencia al descenso social de muchos esquizofrénicos es la que sustenta teorías como la del *descenso social* o *down hypothesis* aportada por diversos autores para explicar la mayor prevalencia de trastornos esquizofrénicos encontrada en los grupos de población de bajo estatus socio-económico desde los ya clásicos trabajos de FARIS y DUNHAM (1939) y HOLLINGSHEAD y REDLICH (1958).

Asimismo, determinados contenidos delirantes (persecutorios, megalomaniacos, mesiánicos o de otro tipo) pueden conducir al individuo que los padece a materializar conductas congruentes con dichas temáticas. Tal vez esta sea la explicación de algunos de los casos descritos como *delirio de transformación licantrópico*: personas que en su creencia de ser un lobo u otro animal pueden llegar a vagar por bosques y caminos, rehuyendo el contacto humano y descuidando sus costumbres sociales, como señalan ROJO MORENO et al (1990) en su reciente revisión.

Más frecuente en la clínica (dentro de lo inusual de esta actuación de dichos síntomas psicóticos), determinadas alucinaciones auditivas imperativas, delirios de persecución o de otro tipo pueden estar en la base de fugas esporádicas o conductas más duraderas de vagabundeo o transeuntismo.

De 29 casos clínicos descritos y analizados recientemente por VERDOUX, GOUMILLOUX y BOURGEOIS (1993), en los que existían conductas de vagabundeo, fuga o "*viaje patológico*" (sic), 22 de ellos presentaban ideación delirante.

El motivo precipitante más habitual para llegar a encontrarse sin hogar entre los **DEBILES MENTALES** es el fallecimiento del principal (con frecuencia, del único) familiar con el que hasta entonces había vivido (PRIEST, 1971). Como señala este autor, "*está*



familiar con el que hasta entonces había vivido (PRIEST, 1971). Como señala este autor, *"está claro que estas personas (que entonces llegan a esta situación de marginación y abandono) son diferentes a aquellos otros retrasados mentales institucionalizados en centros de educación especial o residenciales desde el nacimiento o primera infancia"*. Así, las personas débiles mentales que solemos encontrar en albergues y otros ambientes marginales generalmente presentan grados leves o límites de retraso intelectual, con las necesidades psicológicas específicas que ello supone (baja tolerancia a la frustración, dificultad en el autocontrol de impulsos ante situaciones conflictivas...).

Aunque sabemos de las limitaciones de cuantificar la capacidad intelectual en personas con pobre nivel educativo y situación socio-económica de pobreza extrema (AJURIAGUERRA, 1987), en un estudio de 79 personas sin hogar y transeúntes que acuden a un albergue en Edimburgo (Escocia) PRIEST (1971) encuentra seis de ellos con "diagnóstico seguro de subnormalidad" (sic) y otro más con "diagnóstico probable".

En cuanto a los **TRASTORNOS AFECTIVOS**, debemos diferenciar, aparte de las distintas formas clínicas descritas (desde aquellas con más peso de lo biológico, como son los trastornos bipolares, hasta los cuadros más reactivos o relacionados con determinadas estructuras de la personalidad de tipo neurótico u otras) una doble dirección a la hora de estudiar las relaciones entre depresión/manía y los fenómenos de fuga, vagabundeo o carencia de hogar extrema:

- Por una parte, en algunos episodios maníacos pueden producirse, como es bien conocido, tendencia al abandono del medio socio-familiar habitual pudiendo entonces el enfermo pasar varios días (hasta que su habitualmente llamativa y desordenada conducta provoca la intervención psiquiátrica o policial) recorriendo numerosos lugares más o menos lejanos de su lugar habitual de residencia.
- Sin embargo, mucho más habitual es el hecho de que a dura realidad de vivir en las calles y albergues, sin hogar y con su correlato de otras carencias básicas, sea la que provoque o desencadene sentimientos depresivos y de

desmoralización en las personas que la padecen. Más adelante volveremos sobre este punto, al analizar las proporcionalmente altas cifras de suicidio y, sobre todo, intentos de suicidio entre la población sin hogar.

#### 2.4.4 SIGNIFICACION PSICOPATOLOGICA DE LAS CONDUCTAS DE FUGA, VAGABUNDEO Y DESCENSO SOCIAL

"Le vagabondage du corps peut n'être que la manifestation du langage de l'âme"

Le Senne (cit. MILLET et al, 1981)

*"¿Por qué algunos jóvenes mentalmente perturbados vagabundean y tal conducta es un problema?", se preguntan SEGAL y BAUMOHL (1980). Comentan estos autores:*

*"La sabiduría psiquiátrica tradicional, con algún soporte empírico, denomina a este fenómeno el «flight syndrome» (síndrome del vuelo?). La persona enferma mental "en vuelo" está huyendo de la responsabilidad y obligaciones de una relaciones interpersonales inevitables en su contexto habitual (familia, vecinos...), abandonando tras de sí fracasos en dichas relaciones, temores y juicios sociales probablemente peyorativos. Tal huida parece entonces "útil" para disminuir dicho estrés, constituyendo un mecanismo de defensa efectivo contra la ansiedad y los conflictos (...). Al cabo de cierto tiempo, cuando vuelven a encontrarse en una situación o relación que ellos juzgan como ansiógena o amenazante, de nuevo vuelven a ponerse en movimiento"*

La naturaleza cíclica y regresiva de estos movimientos, sin embargo, lleva a convertir a estos jóvenes en personas aisladas y dependientes. Inevitablemente empobrecidos y sin lazos sociales de soporte y apoyo, tienden a depender de instituciones caritativas o recursos sociales... siempre que éstos *"mantengan las distancias y no les exijan compromiso alguno"*.

En este sentido, MILLET et al (1981) realizan una interpretación dinámica de algunas formas de vagabundeo. Por lo inusual de dicha reflexión en la literatura consultada, transcribimos algunos de sus comentarios.

*"Al menos en ciertas formas típicas (donde la noción de rechazo social no aparece como causa esencial), el vagabundeo puede comprenderse como actitud interior más que como comportamiento externo, arrastrando al sujeto a la persecución incesante de un ideal inalcanzable, búsqueda nostálgica e ilusoria de un «paraíso perdido», revelando una profunda significación afectiva y personal.*

*FENICHEL entiende algunas de estas situaciones como "defensa contra la depresión": escapar de un sitio donde nadie puede ayudar hacia un lugar donde se pueda encontrar un protector seguro.*

*Pero vagabundear puede tomar también un sentido simbólico, evocando la proyección imaginaria de los deseos en el espacio de la ilusión y de la aventura interior. Así dicha conducta puede expresar una búsqueda deambulatoria a nivel de espacios no tanto psíquicos como simbólicos, que le permiten distanciarse de los objetos y de las personas.*

*Desconfiando de los objetos, que pueden favorecer la dependencia y podrían ulteriormente faltarle o frustrarle, (el vagabundo) busca entonces vivir permanentemente en los "espacios-amigos" (el albergue...). (Todo ello) como una clase de mecanismo de defensa, sin significación patológica"*

Por otra parte, STENGEL (1939), tras reunir y analizar 22 casos clínicos donde existían conductas de fuga y vagabundeo, se pregunta *"qué circunstancias predisponen o facilitan la aparición de este síntoma en un individuo y no en otro que padecen el mismo diagnóstico psiquiátrico"* (epilepsia, esquizofrenia, trastornos bipolares, de la personalidad u otros).

Finalmente, concluye afirmando que *"existen numerosos hechos y síntomas, incluso entre los casos de epilepsia (o de otros trastornos mentales con claros elementos biológicos en su etiopatogenia), que sólo pueden ser comprendidos desde la perspectiva psicológica individual (sin dudar de la influencia de dicho componente orgánico) (...) Encontramos personas en cuyo desarrollo evolutivo infantil han sufrido*

*serias interferencias en la relación parento-filial, en general debido a la ausencia de uno o ambos padres o la insuficiente formación de tal vínculo durante los primeros años de vida. Esto parece ser uno de los factores determinantes en la posterior aparición de vagabundeo compulsivo", si bien el mismo autor reconoce que "aún queda la tarea de descubrir qué otras características ambientales permiten o facilitan la aparición de tales fenómenos".*

#### **2.4.5 LAS ESTRUCTURAS DE ASISTENCIAS PSIQUIATRICA Y LOS ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR**

Ya nos hemos referido antes brevemente a lo pendulante que, a la Historia, ha sido la relación entre las personas con trastornos mentales severos y la sociedad de cada momento histórico.

También podríamos referirnos ahora a la proporción de enfermos mentales que, en cualquier estructura asistencial psiquiátrica (desde aquellas más limitadas por las funciones custodiales y de control social hasta aquellas otras cuyo acento pretenden situarlo en los aspectos terapéuticos de la relación), rechazan activamente el tratamiento psiquiátrico convencional, incluso aquellas propuestas que priorizan el apoyo psicoterapéutico o los elementos más residenciales o sociales del mismo. El debate sobre la capacitación de ciertos enfermos que presentan trastornos del juicio de realidad más o menos evidentes o mantenidos en el tiempo para rechazar dicha ayuda o tratamiento y "elegir" vivir marginados y en la pobreza material extrema es complejo y aún continúa, como nos demuestra las polémicas sobre los *homeles mentally ill* en los Estados Unidos (ROJAS MARCOS, 1991, 1993).

Pero nos interesa sobremanera cómo se produce, en nuestros días, el llamativo incremento de enfermos mentales sin hogar que lleva a la *American Psychiatric Association* (1984) a hablar de este fenómeno como "uno de los mayores desafíos para la salud mental comunitaria y para la sociedad en general".

LAMB (1984) describe a este respecto *"uno de los muchos caminos que pueden llevar a la situación de carencia de hogar al enfermo mental crónico"*, partiendo de la realidad norteamericana de estos últimos años

*"El enfermo mental crónico y grave no es capaz de soportar las tensiones del mundo contemporáneo; por tanto, son vulnerables al desahucio, en ocasiones a causa de la escasa habilidad para afrontar relaciones difíciles, o incluso normales, de inquilino -propietario, y otras a causa de circunstancias en las que ellos juegan un papel importante. Ante la falta de un*

*adecuado sistema de control de casos en la comunidad, viven en las calles y solos. Muchos de ellos, especialmente los jóvenes, tienen una tendencia a alejarse de sus familias o de las instituciones benéficas; es posible que estén intentando huir de la dependencia, y puede que no estén preparados para llegar a aceptar vivir en ambientes protegidos y sin demasiada presión. Si todavía conservan objetivos, pueden encontrar el estilo de vida inactivo demasiado depresivo. O puede que deseen más libertad para beber o consumir drogas ilegales. Es posible que algunos consideren el hecho de abandonar su entorno, comparativamente estático, como una parte necesaria del proceso de realización de sus objetivos, pero este cambio trae como consecuencia la carencia de hogar, crisis, descompensaciones y nuevas hospitalizaciones. Una vez los enfermos estén fuera del hogar familiar, viviendo por su cuenta, será más probable que cesen de tomar su medicación y posteriormente pierden el contacto con la seguridad social, por lo que pierden su derecho a percibir sus prestaciones. Su falta de capacidad de juicio y el estado de descuido asociado a su enfermedad pueden llevarles a olvidar la notificación a la seguridad social de un cambio de dirección o comparecer ante una revisión de su caso. La falta de asistencia médica en las calles y los efectos del alcohol y otras drogas son complicaciones mucho más serias. Cabe la posibilidad de que llegado ese momento estén ya demasiado desorganizados para decidir por ellos mismos abandonar las calles (excepto que una conducta exhibicionista, extravagante o agresiva les lleve a ser ingresados en un hospital o prisión)" (LAMB, 1984)*

Otros muchos elementos se han relacionado con el riesgo de que en un creciente número de enfermos mentales acaben, en nuestros días, en la indigencia más extrema: la inadecuada continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria, el descuido en la coordinación con los servicios sociales para asegurar en la comunidad la cobertura de necesidades básicas de aquellos enfermos con menor capacidad de autonomía y autocuidado, la falta de previsión de situaciones concretas como son el fallecimiento del cuidador familiar

natural o la desinstitucionalización de débiles mentales ligeros sin familia de acogida al cumplir la mayoría de edad, etc...

En relación a los enfermos mentales sin hogar se ha desarrollado en estos últimos años, en especial en los Estados Unidos, una amplia literatura sobre los servicios asistenciales más adecuados para este subgrupo de población, de gran interés práctico, pero en el que no vamos a profundizar en estas páginas.

Algunos trabajos interesantes en este sentido, además de los análisis y recomendaciones de los dos grupos de trabajo realizados hasta el momento por la *American Psychiatric Association* (A.P.A., 1984 y 1992), son los de MORSE (1990), BREAKEY, SUSSER y TIMMS (1992), CULHANE (1992), FISCHER y BREAKEY (1991), DENNIS et al (1991) , SEGAL y BAUHMOL (1984) y otros. También se han publicado recientemente números monográficos sobre las necesidades asistenciales de los enfermos mentales sin hogar, como el de Mayo de 1993 del *Hospital & Community Psychiatry*.

Una muy buena aproximación clínica a las peculiaridades del manejo de los *homeless mentally ill* es la publicada por SUSSER, GOLDFINGER y WHITE (1990).

Finalizaremos este capítulo con las recomendaciones realizadas por el primer grupo de trabajo sobre los enfermos mentales sin hogar patrocinado por la A.P.A. (1984). Algunas de estas medidas se encuentran actualmente sometidas a continuos procesos de evaluación y debate (p. ej., el papel del hospital psiquiátrico, la conveniencia de crear servicios específicos para las personas sin hogar o de integrarlos en los servicios de salud mental generales, las funciones o roles de los diferentes integrantes del equipo de atención socio-sanitario, etc...).

- 1<sup>a</sup> Cualquier intento de solucionar los problemas de los enfermos mentales sin hogar debe comenzar con la cobertura de sus necesidades más básicas: comida, alojamiento, vestido adecuado



- 2º Debe establecerse un número suficiente de hogares comunitarios de diferentes niveles, supervisados y bien dotados de personal multiprofesional
- 3º Debe disponerse de servicios psiquiátricos y de rehabilitación psicosocial adecuados, completos y accesibles
- 4º Es necesario que se disponga de atención y cuidados médicos generales, dada la mayor morbi-mortalidad de la población sin hogar
- 5º También los servicios de atención en crisis deben estar disponibles y accesibles, tanto para los sin hogar enfermos crónicos como para los enfermos mentales crónicos en general
- 6º Debe establecerse un sistema de responsabilidades para los enfermos mentales crónicos que viven en la comunidad, tendiendo hacia el objetivo de que cada paciente cuente con un "gestor de caso", profesional de la salud mental o auxiliar que sea responsable de su atención integral
- 7º Para más del 50 % de la población de enfermos mentales crónicos que viven en sus hogares o para los que mantienen una buena relación con sus familiares, se debe disponer de programas y de atención jurídico-administrativa y de apoyo, con el fin de acrecentar las posibilidades familiares. En cualquier caso, no debe permitirse que todo el peso de la desinstitutionalización caiga sobre las familias
- 8º Debe establecerse un sistema de coordinación entre las diferentes fuentes de recursos financieros y humanos y los organismos que han de hacer uso de ellos, con el fin de asegurar la continuidad de la atención comunitaria para los enfermos mentales crónicos en general y aquellos que se encuentran sin hogar en particular

- 9º Debe proporcionarse entrenamiento adecuado en cuidados comunitarios a un número suficiente de profesionales y auxiliares, haciendo especial hincapié en la motivación y formación de los médicos psiquiatras, los trabajadores que han de contactar en las mismas calles con los enfermos mentales sin hogar, los "gestores de caso" (*case managers*) y otros
- 10º Deben suministrarse servicios sociales generales junto a los servicios sociales especializados (tales como experiencias de socialización y desarrollo de habilidades sociales para afrontar la vida diaria)
- 11º Debe disponerse de asilo permanente para esa pequeña proporción de enfermos mentales crónicos que no responden a los métodos habituales de tratamiento y rehabilitación
- 12º Debe incrementarse la investigación, tanto sobre las causas y tratamiento de la enfermedad mental severa y/o crónica como de la carencia de hogar
- 13º Deben recogerse y analizarse un mayor número de datos epidemiológicos precisos
- 14º Finalmente, hay que hacer desembolsos financieros adicionales para poner en marcha y mantener establemente soluciones duraderas para los enfermos mentales crónicos carentes de hogar

**APLICACION  
DEL METODO  
EPIDEMIOLOGICO  
AL ESTUDIO DE LA  
POBLACION  
« SIN HOGAR »**

# APLICACION DEL METODO EPIDEMIOLOGICO AL ESTUDIO DE LA POBLACION " SIN HOGAR "

## 3.1 CUESTIONES METODOLOGICAS PREVIAS

### 3.1.1 DEFINICION DE "SIN HOGAR"

Cómo delimitemos el concepto de "sin hogar" tiene una capital importancia para la obtención de los datos de cualquier tipo de investigación, en primer lugar porque tal definición determina qué sujetos incluimos y a quienes rechazamos para conformar la muestra de estudio.

Existe un continuum desde el "obviamente domiciliado" al "obviamente sin hogar" que incluye numerosas situaciones ambiguas (ROSSI et al, 1987). Todo esfuerzo por delimitar una línea entre ambas ha de ser necesariamente arbitrario y relacionado con los objetivos que orienten la investigación en curso.

Para operativizar esta reflexión, diversos estudios diferencian entre los «*LITERAL HOMELESS*» (personas sin hogar en sentido estricto) y los «*PRECARIOUSLY HOUSED*» (aquellos precariamente domiciliados, por ejemplo, algunos alojados en pensiones baratas y en albergues) (ROSSI et al, 1987; WELTE y BARNES, 1992).

Actualmente se subrayan, al hablar de las personas sin hogar, dos aspectos nucleares de su caracterización: la carencia de alojamiento adecuado y el aislamiento social (*disaffiliation*). Conjugando estos elementos con el de la pobreza material, la *U.S. Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration* (1983) (cit. FISCHER y BREAKEY, 1986) definen a la persona sin hogar como "*anyone who lacks adequate shelter, resources and community ties*" (aquel que carece de refugio adecuado, recursos y lazos comunitarios).

El primer criterio de esta definición hace referencia a la "gente de la calle" (aquellos que duermen al aire libre, en casas abandonadas o en construcción, en portales o coches), pero también incluye a aquellos que hacen uso de los albergues para transeúntes y gente sin hogar, así como a los que residen provisionalmente en centros residenciales específicos para esta población.

Tanto las personas encarceladas como las hospitalizadas que se encontraban sin hogar en el momento de su arresto o ingreso cumplen igualmente dicho criterio de inclusión (FISCHER y BREAKEY, 1986).

El segundo criterio considerado, el aislamiento o desarraigo social, diferencia a las personas sin hogar de otros grupos de población indomiciliados, como son los trabajadores inmigrantes, las personas de raza gitana en general o los que han de residir en chabolas u otros alojamientos marginales tradicionales (FISCHER y BREAKEY, 1991).

La mayoría de las investigaciones, sin embargo, hacen uso de **definiciones operativas**, basadas generalmente en el lugar donde realizan la selección muestral de la población sin hogar estudiada:

- usuarios de albergues (como la utilizada por RICO (1991) en Aranjuez),
- usuarios de comedores benéficos,
- clientes de agencias sociales,
- gente de la calle (la *street people* de la literatura anglosajona),
- ciertos residentes en barrios marginales
- o en pensiones baratas sin domicilio propio y/o estable

Según FISCHER y BREAKEY (1986), los enfermos mentales sin hogar probablemente se encuentren distribuidos de manera peculiar, agrupándose más característicamente en determinadas localizaciones y encontrándose relativamente ausentes de otros, aunque tal vez dicha distribución sea diferente – incluso opuesta – según las ciudades y comunidades estudiadas.

Por ello las investigaciones sobre las personas definidas como "sin hogar" deben ser interpretadas con precaución, teniendo siempre presente las variaciones que se deriven de la definición operativa manejada y del *setting* de estudio seleccionado (BACHRACH, 1984).

De hecho, distintas definiciones de "sin hogar" nos llevan a cuantificar de forma muy diferente los problemas que a ellos afectan. SANTIAGO et al (1988) realizan en este sentido un clarificador estudio en el que aplican dos tipos de definición de sin hogar a la misma muestra de población. Manejando una definición amplia (*"encontrarse sin hogar en algún momento en los tres meses previos"*) en vez de una definición transversal (*"sin hogar en el momento de la entrevista"*) la cifra de prevalencia de trastornos mentales se incrementó en un 50 %. Así, de 475 individuos referidos para evaluación psiquiátrica en un hospital de Arizona, se encontraban 106 (22%) personas clasificadas como "sin hogar enfermo mental" según la segunda definición y 159 (33%) según la primera.

### 3.1.2 **DETECCION DE PSICOPATOLOGIA EN LOS "SIN HOGAR"**

Diversos autores y grupos de trabajo han revisado en los últimos años las dificultades metodológicas encontradas conforme la investigación epidemiológica ha ido desarrollándose en relación a las personas sin hogar (BACHRACH, 1984; SUSSER, CONOVER y STRUENING ,1989, 1990; MORRISSEY y DENNIS, 1990; SHINN, 1992).

Podemos agrupar los diferentes problemas metodológicos encontrados al revisar la literatura en cuatro grandes grupos:

- Dificultades inherentes a las propias CARACTERISTICAS de la población sin hogar y transeúnte
- Dificultades en la realización del MUESTREO
- Uso de GRUPOS DE CONTROL
- Indicadores del ESTADO DE SALUD MENTAL

#### 3.1.2.a **CARACTERISTICAS POBLACION "SIN HOGAR"**

Algunos de los rasgos característicos de una gran proporción de las personas sin hogar o transeúntes dificultan en sí mismos la detección de psicopatología en este segmento de población.

En principio, como bien han señalado los antropólogos americanos BAXTER y HOPPER (1982) en sus trabajos con los *homeless* de la ciudad de Nueva York, con frecuencia es difícil realizar un diagnóstico psiquiátrico en muchas de estos sujetos, particularmente cuando se encuentran en una **situación de extrema deprivación física**.

Como indican estos autores, *"si a estas mismas personas se les permitieran algunas noches de sueño y descanso, así como recibir una alimentación adecuada y contacto social cálido, algunos de sus síntomas (psiquiátricos) desaparecerían"*.

Asimismo, dadas las duras condiciones de vida en la calle, en ocasiones lleva muchos meses culminar una aproximación que permita realizar una exploración psicopatológica lo menos sesgada posible por factores como dicha privación física, la **desconfianza** comprensible en tan marginal medio ambiente u otros (BACHRACH, 1992). Esto tiene especial importancia al tratar de estudiar a aquéllos de los sin hogar que, por diversos motivos (uno de los cuales puede ser su propia psicopatología paranoide u otra), tienden a rechazar el contacto con los servicios sociales y sanitarios.

También la **movilidad geográfica** propia de muchas de estas personas (debido a la búsqueda de trabajo, de alojamiento o por otros motivos) dificulta la realización de estudios epidemiológicos con esta población.

Otro problema reseñado son las **diferencias culturales** existentes entre la población de estudio y los propios investigadores, generalmente pertenecientes a la clase media y con un sistema de valores en ocasiones diametralmente opuesto al que mantienen algunas de las personas sin hogar u otras marginadas socialmente (vivencia del tiempo, valor del dinero o de las relaciones interpersonales, valoración del uso de tóxicos, prioridad otorgada a los cuidados de salud, etc...).

### 3.1.2.b SELECCION MUESTRAL

Además de las dificultades derivadas de la compleja **definición de la población diana** a las que hemos hecho mención anteriormente (continuum "domiciliado – sin hogar", carencia de una definición universalmente aceptada...), se constatan otros problemas metodológicos a la hora de realizar la selección muestral.

Las características de vida arriba mencionadas dificultan también la realización de una adecuada selección de la muestra. Algunas personas sin hogar tienen unos **ciclos y ritmos de vida** bastante diferentes a los de la población general. Por poner un ejemplo,



algunos duermen durante el día y vagabundean o viajan durante la noche, con el objeto de hacer frente al frío de la noche en ausencia de un refugio cubierto (*"se pasa menos frío caminando que durmiendo en un portal"*), nos comentaba un transeúnte de nuestro estudio).

Una gran parte de los estudios revisados se basan sobre aquéllos que acuden a **albergues** y refugios para transeúntes y gente sin hogar. Dichas definiciones *shelter-dependent* han recibido críticas por no ser representativas del conjunto de la población sin hogar, sino *"probablemente de aquellos individuos de funcionamiento social más alto"*. Por ello, cada vez se sofistican más los métodos de selección muestral, para abarcar con mayor precisión el universo de la población sin hogar.

Un gran número de estudios sobre la población sin hogar se basan en muestras obtenidas exclusivamente en los albergues, lo cual puede conllevar importantes dificultades para generalizar sus conclusiones al resto del universo de dicha población, que incluye un significativo número de personas que nunca contactan con tales albergues.

Asimismo, la **selección de los albergues** de estudio en una misma zona puede significar sesgos más o menos evidentes, según el tipo y normas de funcionamiento de dicho albergue (p.ej., inclusión o exclusión de varones y/o mujeres, tiempo de estancia permitido, tolerancia para determinadas conductas o trastornos, ya sean médicos – enfermedades crónicas, infecciosas u otras – o psiquiátricos).

Algunos de los estudios revisados se basan exclusivamente en datos recolectados en albergues con criterios de admisión muy selectivos (p.ej., el de ARCE et al, 1987), lo que supone un sesgo importante.

Por ello SUSSER, CONOVER y STRUENING (1989) recomiendan realizar la selección muestral en todos los albergues de una ciudad o región dada.

Son minoría los estudios que incluyen en su investigación a aquellas personas sin hogar que no hacen uso de los albergues, a pesar de que existen sugerencias fundadas de las peculiaridades de este subgrupo, como antes hemos comentado. Sin embargo dichas

peculiaridad de la *street people* parecen variar según el ámbito donde se realice el estudio, llegando a justificar la creación de unidades móviles de asistencia médica, psiquiátrica y social en ciudades como Nueva York (*Homeless Emergency Liaison Project*, descrito y analizado en KATZ, NARDACCI y SABATINI, 1993) o Londres (RAMSDEN et al, 1989).

Entre ellos, mencionar los estudios de Chicago (ROSSI et al, 1986), el de Los Angeles (FARR et al, 1986) y el de Ohio (ROTH et al, 1984), todos ellos norteamericanos.

Para salvar estos sesgos se diseñan **estrategias de selección muestral** cada vez más representativas, aunque hartó complejas y costosas (MORRISSEY y DENNIS, 1990; KOEGEL y BURNAM, 1988).

Muchos estudios hasta ahora, sin embargo, ni siquiera especifican sus métodos de selección de la muestra o estos son claramente inadecuados, como señalan SUSSER, CONOVER y STRUENING (1989) en su revisión. Ello merma seriamente, cuando no invalida, las conclusiones que de dichos estudios se puedan extraer.

Otra dificultad que se constata al revisar la literatura epidemiológica publicada se refiere al pequeño **tamaño de las muestras** de estudio, en pocos casos mayores a 100 sujetos (HAMID et al, 1993). Esto limita también la generalización de resultados.

### 3.1.2.c. USO DE GRUPOS CONTROL

Pocos estudios emplean grupos de control en sus diseños (SUSSER, CONOVER y STRUENING, 1990; SHINN, 1992).

Tanto el estudio de Baltimore (FISCHER et al, 1986) como el de KOEGEL et al (1988) en Los Angeles toman su grupo de control de población domiciliada proveniente del

los estudios ECA (*Epidemiological Catchment Area Study*) realizados en cinco ciudades norteamericanas (entre las que se incluyen Baltimore y Los Angeles).

WELTE y BARNES (1992) comparan una muestra de población sin hogar con problemas relacionados con el alcohol con otra muestra de alcohólicos domiciliados.

### 3.1.2.d INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD MENTAL

Los estudios realizados sobre población sin hogar han empleado hasta el momento diversos métodos para evaluar el estado de salud mental de dichas personas. Exponemos a continuación algunas de las ventajas e inconvenientes de cada uno de las técnicas empleadas.

– **DIAGNOSTICO POR CLINICOS.** Realizar un diagnóstico clínico en un albergue o en la calle suele presentar (además de los costos económicos y de tiempo) serios problemas. La naturaleza marginal del *setting* y el espectro de trastornos encontrados entre las personas sin hogar acentúan los problemas diagnósticos. Por ejemplo, a veces no está claro si una apariencia extravagante o conductas "inapropiadas" (para el medio cultural y normativo en el que se mueve la mayoría de la población... aunque "apropiadas" en ocasiones para sobrevivir en la calle, como señalan SIMONS et al, 1989 son consecuencia de la indigencia o de un trastorno psiquiátrico severo.

Esto fue bien ilustrado, además de por los estudios antropológicos de autores como los citados BAXTER y HOPPER, en la polémica suscitada en torno al caso de Joyce Brown, primera *homeless* llevada por el proyecto *HELP* de esa ciudad, en contra de su voluntad, para evaluación y tratamiento psiquiátrico debido a su conducta

aparentemente psicótica en las calles de Nueva York (KASINDORF, 1988; CURNOS, 1989; ROJAS MARCOS, 1991).

**- DIAGNOSTICO POR ENTREVISTADORES LEGOS ENTRENADOS.**

El empleo de entrevistas estructuradas, como el DIS (*Diagnostic Interview Schedule* de ROBINS et al, 1981), su reciente modificación, el CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*, descrito más adelante) u otras, supone la ventaja de su menor coste económico y mayor fiabilidad y validez, lo que facilita la comparabilidad entre diferentes estudios que hagan uso de los mismos instrumentos diagnósticos.

Entrevistas como el DIS o el CIDI fueron diseñadas para superar algunos de los problemas habitualmente encontrados en estudios epidemiológicos amplios en el medio comunitario, así como para no incluir las dificultades comunes del diario vivir y los síntomas de enfermedad física que se asemejen a síntomas psiquiátricos, para evitar estimaciones de psicopatología sobrevaloradas (RUBIO-STIPEC, BRAVO y CAMINO, 1991).

Sin embargo, ciertos diagnósticos (como el de Trastorno Antisocial de la Personalidad o el de Depresión) pueden presentarse problemáticos en una población cuya situación de indigencia lleva consigo una gran inestabilidad en relaciones sociales, trabajo o vivienda (MORRISSEY y DENNIS, 1990).

NORTH, SMITH y SPITZNAGE (1993), como hemos reseñado en páginas anteriores, concluyen sin embargo, tras un bien planteado estudio de un millar de personas sin hogar en St. Louis, que el diagnóstico según criterios DSM-III R de Trastorno Antisocial de la Personalidad es válido también entre los *homeless*.

El diagnóstico de Depresión es igualmente difícil de realizar en una población bajo severo estrés, falta de sueño y carente de las necesidades más básicas por cubrir, factores habituales entre los sin hogar.

Asimismo, SUSSER et al (1990) señalan desde su experiencia, que en las calles y albergues es sumamente complicado recoger información sobre los síntomas de estudio con cuestiones directas y estructuradas: la suspicacia ante el entrevistador, interpretaciones peculiares de las preguntas y negación de enfermedad psiquiátrica, entre otros, son factores que introducen gran indeterminación en la validez de las respuestas.

No obstante, los mismos SUSSER et al (1990), entre otros autores, reconocen las ventajas de emplear un instrumento diagnóstico estructurado como el DIS o el CIDI. Si, además, es un clínico quien los utiliza, ésto posibilita una mayor fiabilidad de esta metodología.

– **EVALUACION POR ESCALAS**, ya sean tanto escalas sintomatológicas como aquéllas que exploran el nivel de funcionamiento o deterioro de la persona.

Se han manejado diversas escalas para evaluar síntomas depresivos o de distrés psicológico: el G.H.Q.(*General Health Questionnaire* de GOLDBERG), el C.E.S.D., el S.A.D.S.-C. u otras.

De acuerdo con investigadores como DOHRENWEND et al (1980), muchas de estas escalas sería mejor interpretarlas como indicadores de "desmoralización y distrés", que como relacionadas directamente con un diagnóstico psiquiátrico específico.

El uso de estas escalas sintomatológicas en la población sin hogar presenta serias dificultades: el punto de corte a emplear en una población en algunos aspectos diferente al conjunto de la población general (para la cual fue validada en principio), el problema de evaluar a sujetos expuestos a "contaminación ambiental extrema" (estrés de la vida en la calle, mala alimentación, etc...) y otras (LOVELL y SHERN, 1990).

Más aún, como hemos subrayado anteriormente, conductas o actitudes que pueden ser interpretados como "maladaptativas" entre la población general o en un contexto normalizado, pueden ser consideradas "adaptativas" en la calle o en la vida marginal al jugar un papel de estrategia de supervivencia, como sugieren los estudios antropológicos , etnográficos o algunos informes periodísticos bien realizados (KOEGL y OVREBO, 1990).

Por ejemplo, el consumo de alcohol u otros tóxicos (en ocasiones medio de relación interpersonal o de refuerzo del sentido de pertenencia a un grupo o cultura, en este caso la subcultura marginal), la actitud recelosa, suspicaz y no raramente tendente al anonimato y al aislamiento (mecanismo de defensa y supervivencia ante posibles agresiones (*ver Anexo de prensa, "El País" 10 Enero 1994: "Un hombre quema con gasolina a un mendigo. Los indigentes han sufrido tres ataques en los últimos días"*) o un aspecto sucio y extravagante en algunas mujeres sin hogar (como protector ante posibles agresiones sexuales).

Otras veces son las peculiares circunstancias vitales de las personas sin hogar las que pueden llevar a malinterpretar como "patológica" una alta puntuación en algunas de estas escalas. Así, entre los inmigrantes ilegales entrevistados en Los Angeles no todos los que contestaron "sentir que había alguien que les quería hacer daño" debían ser escuchados como paranoides (KOEGL y BURNAM, 1988).

Dado que entre las personas sin hogar el distrés no necesariamente indica trastorno y teniendo en cuenta la alta prevalencia de esquizofrenia y abuso de sustancias psicoactivas en esta población, la elección de una escala que pudiera diferenciar adecuadamente signos y síntomas de un trastorno específico de los indicadores generales de distrés sería de gran utilidad. Desafortunadamente, la mayoría de las escalas no hacen esta diferencia (SUSSER, CONOVER y STRUENING, 1989).

En este sentido, en el estudio de Ohio hacen uso del P.S.S. (ROTH y BEAN, 1986) y en un estudio de SUSSER y STRUENING (1990) en Nueva York manejan una versión adaptada del *Psychiatric Epidemiology Research Interview* (P.E.R.I.),

escala para la detección de síntomas psicóticos. También en el estudio de Chicago (ROSSI et al, 1987) se hace uso de una versión breve del P.E.R.I.

En el estudio de St. Louis (MORSE y CALSYN, 1986) utilizan la *Brief Symptom Inventory* (B.S.I.).

También se han manejado escalas como el S-MAST (para Alcoholismo), el A.S.I. (*Addiction Severity Index*) y otras (FISCHER y BREakey, 1991).

#### **- EVALUACION SEGUN HISTORIA DE TRATAMIENTO PSIQUIATRICO** (ya sea basada en el autoinforme y/o en el propio historial clínico).

No raramente se ha manejado el dato de "antecedente de hospitalización psiquiátrica" como única medida de prevalencia de trastornos psiquiátricos en esta población. Entre las personas sin hogar, como entre el resto de la población general, esta información es insuficiente para estimar la prevalencia de enfermedad mental.

Este dato puede ser poco orientativo debido a los múltiples factores que lo determinan:

- criterios de admisión más o menos restrictivos,
- desarrollo en mayor o menor grado de los servicios extrahospitalarios y sociales (importante factor modulador de la cantidad de ingresos hospitalarios),
- aceptación o no de ingreso psiquiátrico para desintoxicación por problemas de alcohol u otros tóxicos,
- número de camas,
- filosofía asistencial del área o del propio dispositivo de hospitalización,
- etc...

Como vemos, influyen otros muchos factores además de los clínicos o psicopatológicos.

Algunos investigadores preguntan si "alguna vez en su vida ha sido hospitalizado por un problema psiquiátrico y/o problema de alcohol y/o problema de drogas", mientras que otros separan las hospitalizaciones por enfermedad mental de aquellas motivadas por un problemas de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Obviamente, los estudios no son comparables.

Varios estudios revisados se refieren al dato "historia de hospitalización psiquiátrica" sin especificar la causa. Tampoco se aclaran otras informaciones que pudieran matizar dicho dato: duración del ingreso, cronología del o de las hospitalizaciones, etc... Por ejemplo, BERRY y ORWIN (1966) señalan que, del 74 % que presentaban antecedentes de hospitalización psiquiátrica a lo largo de su vida, un 60 % tuvieron algún ingreso en el último año.

Otro problema al considerar este dato como orientador de prevalencia psiquiátrica es que generalmente excluye de consideración a aquellos cuyo tratamiento psiquiátrico ha sido o es exclusivamente ambulatorio (FISCHER y BREAKEY, 1991).

Además, si la recogida de la información se basa únicamente en el autoinforme del sujeto a evaluar, algunos individuos pueden no ser buenos relatores de sus propios antecedentes psiquiátricos, debido a múltiples razones: olvido, negación, ocultación de información que consideran estigmatizadora para ellos mismos y/o falta de conciencia de enfermedad o de tal posible/s ingreso/s previo/s.

En resumen, cada uno de estos enfoques tiene ventajas e inconvenientes que hay que tener presentes tanto a la hora de planificar una investigación como al interpretar los resultados obtenidos y comparar los diferentes estudios entre sí. Como recomiendan SUSSER, CONOVER y STRUENING (1990, *"el uso de más de uno de estos métodos dentro de la misma investigación, además de ampliar las posibilidades de comparabilidad, puede incrementar la validez de dicho estudio"*).



### 3.1.3 SOLAPAMIENTO DE LA POBLACION ENFERMA MENTAL SIN HOGAR CON OTRAS DE INTERES PSIQUIATRICO

BACHRACH (1984, 1992b) ha subrayado en diversas publicaciones la dificultad que para investigar el fenómeno de los enfermos mentales sin hogar supone el solapamiento de esta población con otros subgrupos de personas enfermas mentales.

Así, algunas de las características de los *homeless mentally ill* no son fácilmente distinguibles de las que caracterizan a otros grupos discutidos en la literatura, como pueden ser:

- los «*young adult chronic patients*» ("pacientes jóvenes adultos crónicos") (PEPPER, KIRSHNER y RYGLEWICZ, 1981; BACHRACH, 1982 ; FERNANDEZ LIRIA, 1991),
- los «*chronic crisis patients*» ("pacientes en crisis crónica" ??) (BASSUK y GERSON, 1980),
- los «*revolving-door patients*» ("pacientes de puerta giratoria") (GELLER, 1982),
- los «*urban nomads*» ("nómadas urbanas" o vagabundos) (APPLEBY, SLAG y DESAI, 1982)
- las «*psychiatrically underserved urban populations*» (subgrupos de población urbana con serios problemas de salud mental, a pesar de lo cual son "invisibles" para los planificadores y gestores de los servicios psiquiátricos) (BACHRACH, 1992)
- u otras denominaciones a las que tan acostumbrados nos tiene la literatura de influencia anglosajona (la provocadora «*unwellcome patients*» de ROBINS (1978), la de «*difficult patients*» de NEIL (1975) u otros.

De hecho, GOLDFINGER et al (1984) identificaron un subgrupo de enfermos mentales crónicos que podrían ser incluidos en cualquiera de las denominaciones anteriores: son usuarios habituales de los servicios de urgencia y hospitalización psiquiátrica, así como "consumidores" irregulares de otros múltiples servicios socio-sanitarios. Un tanto por ciento significativo de ellos pasan temporadas más o menos largas – o lo están de forma continua – sin hogar.

El reto para los servicios de salud mental que estas poblaciones supone es importante. Como se plantean PEPPER et al (1981), *"por cada joven adulto que atendemos, hay de dos a diez en la comunidad que nunca han entrado en contacto con los servicios de salud mental y están «escondidos» en familias disfuncionales, en cárceles o vagando por nuestras ciudades"*.

Pero hemos de ser cautos a la hora de manejar esta terminología, cuya utilidad probablemente sea la de darnos visiones parciales de un único y complejo fenómeno: la atención al enfermo mental en la comunidad en la sociedad de nuestros días.

### 3.1.4 **HETEROGENEIDAD DE LA POBLACION SIN HOGAR**

Una dificultad metodológica añadida para el estudio de la población sin hogar, tanto en sus aspectos sociológicos como de salud mental, es la extrema variedad de los elementos humanos que la componen.

Como señala BENDA (1991), *"entre los «sin hogar» se incluyen aquellos que se encuentran indomiciliados por causa de sus dificultades económicas, jóvenes que prefieren un estilo de vida libre, pacientes psiquiátricos crónicos desinstitucionalizados y mujeres que han marchado de su domicilio escapando de la violencia conyugal"*.

Estos pocos ejemplos, como hemos tratado de resaltar en páginas anteriores, indican que son necesarias diferentes teorías explicativas, así como respuestas asistenciales adaptadas a cada una de las diversas situaciones.

Esta heterogeneidad existe también dentro del grupo de personas sin hogar mentalmente enfermas: ni sus diagnósticos psiquiátricos, ni sus rasgos demográficos, ni sus historias residenciales o terapéuticas ni, ciertamente, sus necesidades de tratamiento o de ayuda social son iguales.

En ciertas publicaciones y medios de comunicación poco rigurosos, sin embargo, se especifica poco o nada este punto. Así, por ejemplo, se manejan cifras de prevalencia psiquiátrica sin particularizar en las capacidades de afrontamiento de la vida diaria o en sus necesidades independientemente del diagnóstico psiquiátrico realizado. No todas las personas diagnosticables de esquizofrenia, por ejemplo, tienen la misma evolución clínica, como demuestran los estudios epidemiológicos longitudinales, ni la misma jerarquía de necesidades a cubrir.

De hecho, como indica BACHRACH (1992a) en su revisión metodológica, el análisis comparativo de los diferentes y, al menos en los Estados Unidos, numerosos

programas asistenciales existentes revela que cada uno de ellos sirve preferentemente a un subgrupo de enfermos mentales sin hogar.

Así, iniciativas como la del proyecto HELP (*Homeless Emergency Liaison Project*) en Nueva York (KATZ et al, 1993; ROJAS MARCOS et al, 1990) probablemente den respuesta a situaciones muy distintas a las que pretenden orientarse programas residenciales (CATON et al, 1990; LEDA y ROSENHECK, 1992 y otros) o específicos para mujeres sin hogar (CULHANE, 1992).

Por lo elocuente de sus palabras, transcribimos como resumen de esta idea el comentario de una mujer esquizofrénica sin hogar de la ciudad de Washington:

*"Desde mi punto de vista, el gran error en el que cae la gente que intenta ayudar a las personas sin hogar es que se imaginan, y esperan, que una sola solución resuelva los problemas de todos nosotros... De hecho, la solución para uno de nosotros puede ser desastrosa para otro cualquiera. Ayudar a conseguir y mantener una vivienda asequible, por ejemplo, puede ser una maravillosa idea para muchos de nosotros. Sin embargo, dicha «solución» no sería más que un gesto sentimental para la mujer que no para de arrojar rollos de papel higiénico por el retrete o quien, olvidando tomar la medicación pautada, destroza las puertas del frigorífico de su casa" (cit. BACHRACH, 1992a)*

El valor de algunas de las tipologías de personas sin hogar antes comentadas estriba, desde nuestro punto de vista, en ayudar a diferenciar dichas necesidades.

### 3.1.5 MOVILIDAD GEOGRAFICA Y SOCIAL

Una complicación metodológica es que existen fundadas razones para creer que el tamaño y la composición de la población sin hogar se modifica **a lo largo del tiempo** (BACHRACH, 1987). Algunos de los factores que explican este hecho ya han sido comentados en páginas anteriores.

Para algunas personas actualmente sin hogar dicha condición puede ser algo cíclico o puntual en su propia historia biográfica, dependiendo de factores como la duración y cuantía de las ayudas sociales recibidas (subsidio desempleo, salario social u otra), disputas familiares, posibilidades de encontrar un trabajo o incluso del tiempo atmosférico (FISCHER y BREakey, 1986).

Son las **variaciones geográficas**, sin embargo, las que más dificultan cualquier tipo de investigación con estas personas, así como la planificación y provisión de recursos. Transeuntismo estacional en busca de trabajo de temporada o vagabundeo de albergue en albergue en busca de cama y refugio temporal son habituales en una cierta proporción de individuos sin hogar, fenómeno éste más relacionado con factores estructurales y coyunturales que, en general, con factores individuales.

Sin embargo, carencia de hogar y transeuntismo no son sinónimos. MARTIN BARROSO et al (1985) describen minuciosamente los patrones de movilidad geográfica entre los sin hogar en nuestro país:

- se trata de una movilidad preferentemente de ciudad en ciudad (*"la ciudad es su mundo y su medio; los pueblos son «parada y fonda» de emergencia"*);
- de cada diez entrevistados, cinco estaban en la ciudad porque residían en ella;

- los desplazamientos circulares predominan sobre los radiales; seis de cada diez personas sin hogar se mueven solamente por la ciudad en la que se encuentran y sus alrededores;

- los itinerarios no son unidireccionales: los que se mueven a mayor distancia lo hacen en todas las direcciones, si bien algunas ciudades (Madrid, Barcelona, Zaragoza, Valencia, Córdoba...) constituyen puntos clave de tránsito y, en bastantes casos, de permanencia.

Un estudio en St. Louis (EE.UU.) encontró que, aunque el 56 % de los usuarios de sus albergues habían residido la mayor parte del último año fuera de la ciudad, un 22 % había residido en sólo otra ciudad y el 9 % en sólo otras dos (MORSE, SHIELDS, HANNECKE et al, 1985). Los investigadores concluyen que la gran mayoría de los sin hogar estudiados podrían ser considerados como residentes permanentes en St. Louis.

En otro estudio en Baltimore (EE.UU.), el 60 % de las personas sin hogar albergadas llevaban viviendo en la ciudad desde hacía diez años o más: la población era esencialmente nativa, no "transeúnte" (FISCHER, SHAPIRO, BREakey et al, 1986).

A esta movilidad geográfica, además de las hipotéticas motivaciones psico(pato)lógicas a las que más tarde nos referiremos, no es ajena la organización asistencial de los propios albergues, como los mismos profesionales sociales critican (EQUIPO IMI-CONSEJERIA INTEGRACION SOCIAL, 1992; CARITAS ESPAÑOLA, 1992). Su frecuente limitación temporal a unas pocas noches de alojamiento en el albergue cada cierto tiempo provoca en sí mismo la "puesta en circulación" de las personas que han de recurrir a estos centros para no dormir en la calle.

### 3.2 ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA Y DE SALUD MENTAL EN LA POBLACION "SIN HOGAR"

Las estadísticas sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los sin hogar varían ampliamente. Las dificultades metodológicas antes referidas implican la necesidad de ser cuidadosos a la hora de interpretar, comparar o extrapolar resultados de las diferentes investigaciones realizadas.

Restringiendo la revisión a los estudios que utilizan instrumentos de evaluación estandarizados, TESSLER (1992) encuentra unas cifras de prevalencia actual de trastornos mentales severos entre el 27 y el 37 % (excluyendo abuso o dependencia de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas).

En la mayoría de los estudios revisados por este autor (todos ellos patrocinados por el *National Institute of Mental Health* norteamericano durante la década de los ochenta) casi la mitad de las personas estudiadas presentaban un abuso y/o dependencia de sustancias.

En este apartado revisaremos algunos de éstos y otros trabajos, agrupándolos según tres criterios:

- 1º el **DISEÑO METODOLOGICO** empleado (transversal o longitudinal),
- 2º el **SETTING** donde se ha llevado a cabo la selección muestral (albergues y similares; calles y otros lugares no institucionales; servicios de Urgencias Médicas, de Psiquiatría o cualquier otro tipo de dispositivo asistencial en Salud Mental)
- 3º y los **CRITERIOS DE DEFINICION DE CASO PSIQUIATRICO** manejados (ya sean aquellos de reconocida validez, fiabilidad y comparabilidad en Psiquiatría – DSM, CIE, etc... – u otros que habremos de especificar)

### 3.2.1 ESTUDIOS EN URGENCIAS, HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA Y OTROS DISPOSITIVOS SANITARIOS

MOWBRAY, JOHNSON y SOLARZ (1987) calificaron como *"homeless or potentially homeless"* al 9 % de los pacientes admitidos a un hospital psiquiátrico (1000 camas) en Michigan durante las semanas que duró el estudio. A pesar de ser una cifra pequeña en números absolutos (35 personas), los autores de este estudio señalan cómo *"sus problemáticas historias y el abundante uso de recursos (socio-sanitarios) que realizan deben llevarnos a considerarles como una población de interés (para los servicios de salud mental y sociales)"*.

Igualmente destacan MOWBRAY y sus colaboradores cómo la hospitalización (psiquiátrica) de estas personas sin hogar se debe no raras veces más a sus problemas sociales que a la naturaleza aguda y/o severa de su sintomatología.

LIPTON, SABATINI y KATZ (1983) revisan las historias clínicas de 90 personas sin hogar remitidas consecutivamente a las Urgencias de Psiquiatría del *Bellevue Psychiatric Hospital* de Nueva York para evaluación y/o tratamiento.

El 96.6 % de esta muestra (de la que se excluyeron aquellos pacientes que en el momento de acudir a Urgencias residían en un albergue) tenían historia de hospitalización psiquiátrica previa. Uno de cada cuatro de estas personas (*street people*), literalmente hablando) habían sido diagnosticados de Esquizofrenia, un 6 % de Trastornos Afectivos (en general, Depresión Mayor) y 18 % de Dependencia al Alcohol y/u Otras Drogas (aunque el 41 % reconocieron usar frecuentemente dichas sustancias).

El número de admisiones de personas sin hogar en el *Bellevue Hospital* se dobló al finalizar el periodo comprendido entre 1978 y 1982.

Estas altas cifras de prevalencia las explican los autores, además de por ser dicho Hospital centro de referencia del Proyecto *HELP* neoyorquino (*Homeless Emergency*



*Liaison Project*: unidades móviles de asistencia social y psiquiátrica que atienden a personas con trastornos mentales que residen en las calles), por el hecho de haber descendido en los últimos años el número de *Single-Room-Occupancy Hotels*, especie de pensiones baratas donde fueron alojados en un primer momento un gran número de enfermos desinstitucionalizados. Dichos alojamientos – muy cuestionados por algunos como lugar de resocialización e integración comunitaria (CASTELL, 1980; LINHORST, 1991) – contribuyeron, sin embargo, a hacer menos visible el problema de los enfermos mentales crónicos sin soporte familiar en la comunidad en los Estados Unidos hasta hace pocos años.

Otros estudios realizados en similar *setting* también señalan el diagnóstico de Esquizofrenia como uno de los más prevalentes entre estas muestras de población que, voluntariamente o a iniciativa judicial (traídos por la Policía o por trabajadores del Proyecto *HELP* o similares), contactan con los servicios psiquiátricos hospitalarios.

Partiendo de la constatación que un cierto número de estos pacientes con trastornos psiquiátricos severos presentan problemas de larga duración, conductas excesivamente dependientes y pobre cumplimiento con los planes comunitarios que se les proponen (e incluso aceptan) al alta de las unidades de Agudos, BALL y HAVASSY (1984) llevan a cabo un estudio con 112 pacientes sin hogar "usuarios habituales" de los servicios de urgencias y hospitalización psiquiátrica breve del Hospital General de San Francisco.

Al preguntar a 103 de éstos (90 % varones) cuáles eran los principales problemas con los que se enfrentaban diariamente se generó una lista de más de cuarenta cuestiones. En la *tabla A* se indican los catorce problemas más frecuentemente mencionados y la proporción de los que padecían cada uno de ellos. Como vemos, la mayoría se refirieron a sus carencias de recursos materiales, oportunidades laborales, privacidad y protección personal. Sus preocupaciones acerca de sus problemas médicos y psicológicos fueron considerados en un segundo plano.

*Tabla A. Problemas más frecuentes  
mencionados por 103 adultos sin hogar  
(BALL y HAVASSY, 1984)*

PROBLEMA	N	%
FALTA DE ALOJAMIENTO	93	94.2
FALTA DE DINERO	91	88.3
FALTA DE TRABAJO	49	47.6
ALIMENTACION PRECARIA	41	39.8
ACOSO POLICIAL	32	31.0
NINGUN LUGAR DONDE IR EN EL DIA	28	27.2
SER ROBADOS	26	25.2
ALCOHOLISMO	23	22.3
TEMOR A SER AGREDIDOS / VIOLACION	22	21.4
ENEMISTADES PERSONALES	18	17.5
ENFERMEDADES FISICAS	13	12.6
SOLEDAD	13	12.6
ENFERMEDAD MENTAL	11	10.7
DROGADICCION	9	8.7
FRIO	9	8.7

57 personas que recordaban haber contacto con los servicios de salud mental en la comunidad, además de ser usuarios habituales de las Urgencias y recursos hospitalarios, expresaron asimismo cuáles eran las necesidades que ellos precisarían "para no tener que acudir tan frecuentemente a las Urgencias y/u Hospitales". En la *tabla B* se recogen sus contestaciones.

*Tabla B. Necesidades expresadas  
por 57 adultos sin hogar (BALL y HAVASSY, 1984)*

NECESIDAD	N	%
VIVIENDA A COSTE ASEQUIBLE	49	86.0
AYUDA ECONOMICA	42	73.7
EMPLEO	23	40.4
OCIO Y RELACIONES SOCIALES	18	31.6
ALIMENTACION	11	19.3
ABANDONAR EL ABUSO ALCOHOL	10	17.5
ASESORAMIENTO Y APOYO	8	14.0
ADMINISTRACION DEL DINERO	5	8.8
HABILIDADES RELACION INTERPERSONAL	4	7.0
LUGAR DONDE ALMACENAR PERTENENCIAS	3	5.3
OTRAS	3	5.3

Es interesante también analizar los motivos de derivación a los servicios de Urgencias u hospitalización psiquiátrica de personas sin hogar presuntamente enfermos mentales. HERZBERG (1987), en una unidad de hospitalización de Londres, estudia retrospectivamente dichos motivos entre los 58 varones y las 47 mujeres sin hogar ingresadas entre 1971 y 1980.

En el 40 % de los casos fue otro médico el derivante, en el 28 % la Policía y, en el resto de los casos, acudió por iniciativa propia.

El 34 % de las mujeres y el 11 % de los varones fueron hospitalizados involuntariamente, con autorización judicial.

### **3.2.2 ESTUDIOS EN ALBERGUES, EN LA CALLE Y EN OTROS RECURSOS EN LA COMUNIDAD**

Uno de los lugares más frecuentemente empleados como lugar de estudio de esta población marginal son los albergues, refugios y pensiones baratas, la calle u otros lugares habituales de residencia de los individuos sin hogar permanente o esporádicamente.

BASSUK, RUBIN y LAURIAT (1984), en una muestra de 78 personas sin hogar (83 % varones) seleccionada aleatoriamente de los 27 albergues existentes en Boston, encuentran un 44 % que presentan problemas médicos graves. De ellos, sólo el 61 % recibían atención médica adecuada.

Aunque no señalan en este artículo el método a través del cual obtuvieron sus diagnósticos DSM-III, un 40 % como mínimo presentaban alguna forma de enfermedad mental severa: 23 Esquizofrenia (30 %), 4 con Trastorno Bipolar (5 %) y 3 con Depresión Mayor Unipolar (4 %).

Un 29 % fue diagnosticado de Dependencia al Alcohol (de éstos, cinco tenían un diagnóstico secundario de psicosis y dos de adicción a drogas).

Casi el 85 % de las mujeres presentaban algún trastorno mental severo y/o crónico.

Del total de 30 personas con sintomatología actual psicótica sólo cuatro estaban recibiendo tratamiento psicofarmacológico (dos con litio y otros dos con antidepresivos). Asimismo, sólo cuatro del total recibían alguna forma de psicoterapia y tres se hallaban en seguimiento ambulatorio.

Entre los alcohólicos era mayor el porcentaje de los que se encontraban en tratamiento por dicho problema. Más de la mitad habían tenido alguna desintoxicación, con frecuencia en varias ocasiones.

Uno de los estudios más citados en la literatura es el de ARCE et al (1983) sobre 193 sin hogar (78 % varones) en un albergue de Philadelphia, a pesar de algunos sesgos que encontramos en su metodología (realización del mismo sólo durante los meses de invierno, ser éste uno de los albergues de la ciudad que selectivamente admiten personas con trastornos psiquiátricos evidentes, evaluación por clínicos sin entrevista estructurada, etc...).

El 43 % fueron clasificados como *street people*, 32% como *episodic homeless* y, el resto, como personas que no suelen vivir en las calles o albergues y que si ahora lo estaban era debido a una situación crítica puntual (*situationally homeless*).

El 35 % tenían antecedentes de hospitalización psiquiátrica (de éstos, el 56 % con hospitalizaciones múltiples) y un 5 % adicional refirieron tratamiento previo en una o más ocasiones por problemas relacionados con el alcohol y/u otras drogas.

Una submuestra de 179 individuos fueron evaluados al ingreso según criterios DSM-III, confirmándose enfermedad mental en 151 ( 84 %). Un 37 % presentaban Esquizofrenia, 25 % Abuso de Sustancias, 7 % Trastornos de Personalidad, 6 % Trastornos Afectivos, 5 % Síndrome Orgánico-Cerebral y 3 % Retraso Mental.

Un diagnóstico secundario de Abuso o Dependencia de Alcohol y/u Drogas fue encontrado en 33 individuos (18 %), con lo que el total de individuos que manifestaban estos problemas eran 77 (43 %).

Durante los dos meses que duró el estudio se solicitaron 27 autorizaciones judiciales de hospitalización psiquiátrica involuntaria por criterio médico (principalmente por riesgo evidente de auto / heteroagresividad). Esto es, para el 14 % de la muestra. Sólo nueve se llevaron a cabo (en algunos casos la conducta que indicaba el ingreso mejoró con tratamiento farmacológico y contención en la propia comunidad; en otros, no se cumplían todos los requisitos legales exigido en el estado para la hospitalización involuntaria). Junto a las 3 personas que solicitaron o admitieron un ingreso voluntariamente, el porcentaje de personas que fueron hospitalizadas en un centro psiquiátrico fue del 6 %.

SUSSER, STRUENING y CONOVER (1989, 1990) realizan una cuidadosa selección de una muestra de 223 varones representativa de los que acudieron en durante la primavera – invierno de 1985 a los albergues de Nueva York. Posteriormente evalúan diferentes problemas de Salud Mental basándose en diversas escalas (*Short MAST* para Alcoholismo, la *CES-D Scale* para Depresión, la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R: Psychotic Disorders* o *SCID-PD* y el *PERI, Psychiatric Epidemiology Research Instrument*). Un 20 % de la población propuesta para estudio rechazó su participación.

Entre los 177 evaluados con la *SCID-PD* se encontraron los siguientes resultados:

- Un 12 % fueron etiquetados como "psicosis definitiva" (de éstos 21 casos, 14 eran esquizofrénicos y el resto trastorno esquizoafectivos (3), trastornos afectivos con síntomas psicóticos (3) y otro más con trastorno psicótico no especificado)
- Otro 5 % adicional, "probable psicosis"
- 8 % "posible psicosis"
- y el 75 % restante, "sin psicosis"

Un 35 % puntuaron 3 o más en el *S-MAST*, prueba considerada como de *screening* para problemas relacionados con el alcohol.

Alrededor del 54 % de los sujetos estudiados refirieron una o más de los siguientes datos: hospitalización psiquiátrica previa (15 %), uso actual de medicación antipsicótica (22 %), ayuda profesional por problemas de drogas (25 %) o de alcoholismo (25 %).

Un 19 % reconocieron al menos un intento suicida previo (6 % múltiples intentos) y un 7 %, "pensamientos suicidas actuales" (frente a un 4 % hallados en la población general, según los autores del estudio).

Uno de los trabajos mejor diseñados y que más información aportan, desde nuestro punto de vista, es el de KOEGEL y BURNAM (1988). Estos autores realizan una selección muestral proporcionada en los lugares más representativos donde se encuentra la población sin hogar en Los Angeles (EE.UU.), ciudad donde, según datos de 1988, existen más de 1000 plazas de albergue nocturno y se sirven unas 5000 comidas diarias para las personas sin hogar.

Tras rechazar su participación un 15 % de aquellos a los que se la propusieron, estudiaron a 379 personas sin hogar (varones en un 96 %) con el DIS/DSM-III y el CES-D.

Comparando estos resultados con datos de la población provenientes del estudio LAECA (*Los Angeles Epidemiological Catchment Area*), se aprecian tasas de prevalencia *lifetime* y en relación a los seis últimos meses más altas de todos los diagnósticos estudiados en la muestra sin hogar.

Un 13.7 % y un 11.5 % fueron los datos de prevalencia *lifetime* y 6 últimos meses con respecto al diagnóstico de Esquizofrenia. En el estudio LAECA dichas cifras fueron, respectivamente, del 0.5 % y 0.3 %.

Según su definición de "enfermedad mental severa y/o crónica", un 28 % de individuos se incluirían en esta categoría, estimación conservadora ya que excluye los trastornos por ansiedad y de la personalidad, algunos de los cuales pueden llegar a ser seriamente incapacitantes durante largo tiempo para la persona que los presenta.

Un 38 % de la muestra no presentaba enfermedad mental crónica ni abuso o dependencia de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas.

Otro estudio clásico es el realizado por ROTH y BEAN (1986) entre usuarios de albergues, misiones, calles y otros lugares habituales de alojamiento de personas sin hogar en Ohio. Evalúan 979 personas (81 % varones), de 34 años de edad media, concluyendo que el 31 % presentaba un solo síntoma de los evaluados con el *Psychiatric Status Schedule* de SPITZER (1990), pero sólo el 13 % evidenciaron dos o más síntomas.

Este trabajo es interesante porque, en vez de manejar datos de prevalencia psiquiátrica aislados, aporta información cualitativa sobre la repercusión de dicha psicopatología en la calidad de vida y autonomía personal de las personas sin hogar evaluadas. En este sentido, menos del 5 % fueron incluidos dentro de una categoría de propuesta de tratamiento altamente estructurado ("*candidate for highly structured, protective settings*").

Del 30 % que informaron haber sido hospitalizados psiquiátricamente al menos una vez en su vida, el 40 % lo había sido una sola vez y el 16 % en dos ocasiones. De dicho 30 %, casi la mitad habían sido dados de Alta en los 18 últimos meses.

Además de los datos aportados por el PSS, estos autores manejan dos escalas que pretender evaluar la gravedad de la sintomatología psiquiátrica encontrada: el *Psychiatric Severity Index* y el *Behavioral Disturbance Severity Index*.

La tipología descrita por estos autores orienta también sobre diferentes peculiaridades en sus necesidades y uso de los servicios de Salud Mental. Así, la *resource people* era la que con menor probabilidad había sido hospitalizada psiquiátricamente con anterioridad (21 %), mientras que la *street people* lo había sido en el 27 % y la *shelter people* en el 33 %.

CALSYN y MORSE (1992) estudiaron a 165 personas que a lo largo de diez semanas acudieron a un albergue de St. Louis. Con un buen diseño metodológico y un adecuado tratamiento estadístico de los datos obtenidos, encuentran una correlación significativa entre "alto nivel de psicopatología" y las siguientes variables:

- antecedentes personales de hospitalización psiquiátrica;
- alto número de *life events* estresantes en el año previo a encontrarse sin hogar;
- problemas relacionados con el alcohol;
- insatisfacción actual y en la infancia;
- bajo nivel de soporte social actual
- y mayor tiempo sin hogar



Las variables de mayor poder predictivo de psicopatología actual fueron los antecedentes de hospitalización psiquiátrica, los *life events* previos a encontrarse sin hogar y el soporte social.

Como era de esperar, las variables sociodemográficas no fueron predictoras de psicopatología actual.

Otro de los trabajos ampliamente citados en la literatura es el *Chicago Homeless Study* (ROSSI et al, 1987). La selección muestral se realiza cuidadosamente de todos los albergues de Chicago, de las calles y de otros refugios naturales donde suelen encontrarse las personas sin hogar, según conocimiento aportado por diversos informantes clave (policía, asistentes sociales...).

De las 722 personas sin hogar estudiadas (76 % varones), más de un tercio – según autoinforme – dijeron tener "regular" o "mala" salud en el momento actual, un nivel aproximadamente el doble del referido para la población general de Chicago.

Como indicadores orientativos del estado de salud mental, un 23 % había permanecido a lo largo de su vida más de 48 horas hospitalizados en una Unidad de Psiquiatría, ocho veces más que la población general. De ese 23 %, tres quintos (58 %) habían sido hospitalizados en múltiples ocasiones.

Cerca de un quinto (16 %) relataron al menos un intento de suicidio serio a lo largo de su vida.

### 3.2.3 "SIN HOGAR ENFERMOS MENTALES" VERSUS "SIN HOGAR NO ENFERMOS MENTALES"

Con los datos de diez estudios revisados por MORRISEY y DENNIS (1990), estos autores concluyen que las personas sin hogar que presentan trastornos mentales severos, en comparación con el resto de sin hogar, son similares en términos de

- edad,
- sexo,
- etnia,
- el tiempo que llevaban residiendo en el área en que fueron entrevistados,
- el grado en que tanto razones económicas como familiares juegan un papel importante en su situación actual
- y la proporción en ambos grupos de los que abusan de sustancias psicoactivas

Sin embargo, las personas sin hogar enfermos mentales, comparativamente considerados

- llevan más tiempo en situación sin hogar,
- tienen menos contactos con familiares y/o amigos
- y mayor dificultad para encontrar empleo,
- así como peor salud física,
- mayor probabilidad de entrar en contacto con la policía y el sistema judicial
- y menor movilidad geográfica entre diferentes ciudades que los sin hogar no enfermos mentales

### **3.2.4 "SIN HOGAR ENFERMOS MENTALES" VERSUS ENFERMOS MENTALES CON DOMICILIO**

DRAKE, WALLACH y HOFFMAN (1989) siguieron a lo largo de un año a 187 pacientes (55 % varones) dados de alta con diferentes diagnósticos de trastornos mentales severos y crónicos para seguimiento desde un Centro de Salud Mental de Cambridge, Massachussets. En el 61 % eran diagnósticos de Esquizofrenia, en el 10 % de Trastorno Esquizoafectivo, en el 20 % de Trastornos Bipolares y en el resto de Trastorno de la Personalidad.

Calificaron como "sin hogar habitual" a un 17 % de ellos y como "sin hogar ocasional" (en los seis meses previos) a un 10 % adicional.

Entre los sin hogar se encontró una fuerte asociación estadística con el Abuso de Alcohol y Drogas, el no cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico pautado (63 % entre los "sin hogar habituales" versus 42 % en los "ocasionales" y 18 % entre los "establemente domiciliados") y una mucho más alta tasa de rehospitalización psiquiátrica. Un poco más adelante volveremos sobre este punto, tratando de explicar a qué pueden deberse estas diferencias.

El grupo de enfermos mentales crónicos sin hogar era significativamente más joven y más probablemente varón. Asimismo, presentaban más frecuentemente diversos problemas psicosociales (relacionados con la alimentación, la economía, las actividades de la vida diaria y las relaciones sociales) y eran más sintomáticos psicopatológicamente hablando.

Los antecedentes de conducta suicida también eran claramente diferentes en cada uno de las categorías de enfermos mentales estudiadas: 66 % entre los "sin hogar habituales" versus 16 % entre los "ocasionales" y 23 % en los "domiciliados".

Finalmente, los propios autores reconocen el sesgo de estudiar únicamente a aquellos enfermos que, a pesar de encontrarse sin hogar, mantienen el contacto con el centro

de salud mental de referencia. Probablemente estos datos no sean generalizables al mayor o menor número de sin hogar que rechazan el contacto con los servicios de salud mental.

Se han publicado algunos estudios que aportan datos comparativos recogidos de muestras de población sin hogar y de población establemente domiciliada.

Uno de ellos es el reciente de NORTH y SMITH (1993), quienes estudiaron 900 personas (dos tercios varones) seleccionadas aleatoriamente de población sin hogar de los albergues y lugares públicos de St. Louis.

Tras comparar cifras de prevalencia actual y *lifetime* de diversos trastornos mentales entre esta muestra y otra de población general, concluyen en los siguientes términos

*"Aunque las cifras de «lifetime treatment utilization» son relativamente altas (entre los sin hogar) en comparación con los patrones de utilización de la población general, las cifras de tratamiento actual (en el último año) son bajas entre los indomiciliados. En particular, se constata una negligencia en la continuidad de cuidados comunitarios tras el tratamiento hospitalario"*

Varios autores estadounidenses sugieren en sus investigaciones que el perfil promedio de los usuarios habituales indomiciliados (*chronic recidivist homeless*) difiere del del resto de pacientes psiquiátricos. Así, presentan con más frecuencia un diagnóstico de psicosis, tienden a ser varones blancos más jóvenes, con mayor aislamiento social y movilidad geográfica, y tendencia a concentrarse en las zonas o ambientes más marginales y anómicos de las grandes ciudades.

### 3.2.5 OTROS ESTUDIOS LONGITUDINALES EN POBLACION "SIN HOGAR"

Los estudios longitudinales son de crucial importancia para comprender tanto el origen de la situación actual como la relación entre las circunstancias en un momento dado y el futuro previsible de diferentes subgrupos de personas sin hogar o la efectividad de las intervenciones con ellos ensayadas (ROSENHECK y FISCHER, 1990).

El *Baltimore Homeless Study* es uno de los trabajos realizados con un componente longitudinal en su diseño. Un tercio de los 300 *homeless* (50 % varones) evaluados en una primera fase transversal fueron seguidos posteriormente a lo largo de seis meses para determinar la evolución de su estado de salud mental, salud general y circunstancias sociales básicas.

Dadas las peculiaridades de esta población de estudio, se arbitraron diferentes medidas para facilitar y asegurar al máximo dicho seguimiento (remuneración económica por cada contacto semanal pactado, oferta de servicios básicos, flexibilidad de horarios...). A pesar de ello, durante la primera semana de *follow up* el 67 % de la muestra de estudio no acudió a la cita, y sólo unos pocos completaron los seis meses de seguimiento.

Comparando el grupo de los que habían abandonado precozmente con el de aquellos que finalizaron el estudio, no se encontraron diferencias en las principales variables socio-demográficas o clínicas.

Otra perspectiva de análisis longitudinal es estudiar cuántos de los enfermos mentales desinstitucionalizados acaban encontrándose sin hogar y qué circunstancias (individuales y/o ambientales) influyen en esta evolución.

EL anteriormente comentado Proyecto TAPS (*Team for the Assessment of Psychiatric Services*) es uno de los estudios prospectivos mejor diseñados para evaluar los efectos del cierre del hospital psiquiátrico sobre el conjunto de su población de larga estancia (O'DRISCOLL, 1993).

Recientemente se han publicado los resultados correspondientes a las tres primeras cohortes de pacientes de larga estancia al cabo de un año de su salida de dos hospitales psiquiátricos del área de Londres. De las 278 personas estudiadas, 6 se perdieron a lo largo del periodo de *follow up*. Uno de estos supieron los autores con total certeza que se encontraba vagabundeando sin hogar, creyendo que otros dos pudieran encontrarse asimismo sin hogar tras haber abandonado voluntariamente los alojamientos donde fueron ubicados al alta del hospital (DAYSON, 1993).

BELCHER (1989), de un total de 306 pacientes dados de alta de una Unidad de Hospitalización de Agudos en Ohio, realiza un seguimiento durante 6 meses de 132 de estos, aleatoriamente seleccionados, con la intención de analizar qué factores influyen en llegar a encontrarse sin hogar.

Durante este periodo, un 36 % (47 sujetos) llegaron a ser identificados como *homeless* en algún momento del seguimiento: 34 al mes, 44 a los 3 meses y 32 a los 6 meses.

Lo más interesante de este estudio es que no llegaron a encontrarse diferencias en relación a los datos demográficos entre aquellos enfermos mentales crónicos que llegaron a estar sin hogar y los que permanecieron establemente alojados y con un mayor nivel de contacto con familiares y/o amigos. La única diferencia estadísticamente significativa fue que los varones y aquellos que carecían de soporte económico entraban más probablemente en situación sin hogar. Ni la edad ni el nivel educativo o profesional ni el diagnóstico clínico influyeron en términos de significación estadística.

LIPTON, NUTT y SABATINI (1988), evaluaron a lo largo de un año a 49 personas sin hogar enfermas mentales dadas de alta en una unidad de Agudos de San Francisco. Para ello, asignaron al azar a cada uno de estos pacientes entre dos grupos: uno de seguimiento rutinario y otro que participó en un programa experimental de tratamiento residencial amplio.

Se encontraron permanentemente mejores índices de calidad de vida en el segundo grupo.

Todos los sujetos participantes en este programa a los que se les ofreció un alojamiento residencial lo aceptaron inicialmente, permaneciendo en el mismo al final del año un 69 %.

Aunque esta conclusión puede parecer evidente por sí misma, existe – como recuerdan los autores del estudio en sus conclusiones – literatura profesional y de los medios de comunicación de masas que induce a pensar que muchos individuos sin hogar son reacios a los planes de tratamiento (cuando éstos se adaptan mínimamente a sus necesidades y características socio-culturales) y que no desean contactar con los servicios que se les ofrece, queriendo dar a entender que se encuentran sin hogar por propia voluntad.

No obstante, LIPTON, NUTT y SABATINI reconocen que su intervención no disminuye la gravedad de la psicopatología existente. Al igual que otros programas de rehabilitación psicosocial con enfermos mentales crónicos, los mayores beneficios se producen en la mejora de su calidad de vida en la comunidad.

### **3.2.6 HISTORIA DE TRATAMIENTO PSIQUIATRICO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

Hemos reseñado anteriormente cómo el dato de los antecedentes personales de hospitalización psiquiátrica es uno de los indicadores, a pesar de sus limitaciones, más empleado en la mayoría de los estudios revisados. Cuando dicho dato se complementa con otro tipo de informaciones (motivo de ingreso, duración del mismo, rehospitalizaciones y frecuencia de las mismas, estado clínico y funcional actual, etc...), el análisis se enriquece.

Según algunas revisiones recientes de estudios internacionales, entre un cuarto y un quinto de los sin hogar presentan dicho antecedente (MORRISSEY y DENNIS, 1990).

Como hemos señalado anteriormente, los pacientes psiquiátricos sin hogar presentan una mayor probabilidad de reingresar en el hospital psiquiátrico o unidad de agudos antes de un año tras haber sido dados de alta, así como una frecuentación de las urgencias psiquiátricas superior a la realizada por los pacientes establemente domiciliados (DRAKE et al, 1989).

Basándose en estas investigaciones y evidencias autores como ROSENFELD (1991) sugieren que las intervenciones encaminadas a solucionar dicho problema de alojamiento estable disminuirían las cifras de rehospitalización y frecuentación inadecuada de las urgencias. Para algunos estas medidas serían más necesarias y rentables que el mismo cuidado psiquiátrico o las propias características individuales o clínicas.

Algunos autores han tratado de analizar las mayores tasas de rehospitalización psiquiátrica encontrada en los enfermos mentales sin hogar al compararlas con las de los enfermos domiciliados. Estas son algunas de las explicaciones aportadas:

- El estrés generado por la vida en la calle, más aún cuando éste recaer sobre unas personas ya de por sí altamente vulnerables (factores biológicos, biográficos...), provoca más fácilmente la recaída;



- o porque sus síntomas (extravagancias conductuales, intoxicaciones etílicas u otros) son más visibles, lo cual provocará más fácilmente la intervención policial y judicial (y el posible ingreso en observación o involuntario);
- o por la carencia de red socio-familiar de apoyo;
- o porque los mismos sin hogar enfermos mentales busquen en ocasiones el hospital psiquiátrico como lugar de refugio y asilo. *"Muchos de ellos – señalan DRAKE et al (1989) – ven al Hospital como una alternativa residencial que provee necesidades básicas más que como un lugar terapéutico".*

En un estudio de WINKLEBY y WHITE (1992) analizan la correlación directamente proporcional encontrada entre la variable "tiempo sin hogar" y el hecho de haber sido hospitalizado psiquiátricamente con anterioridad. Estos autores aventuran tres posibles explicaciones para dicha correlación:

- 1ª Más tiempo sin hogar supone una mayor probabilidad de buscar voluntariamente una hospitalización (bien sea por motivos clínicos o, como acabamos de decir, buscando un refugio temporal) o de ser hospitalizado involuntariamente (por ejemplo, tras ser detenido en la calle y ser conducido a un servicio de urgencias para evaluación psiquiátrica)
- 2ª Por otra parte, los enfermos mentales sin hogar pueden experimentar un serio empeoramiento de sus trastornos al perder su alojamiento... con todo lo que ello habitualmente conlleva: pérdida de soporte socio-familiar, estrés de la vida en las calles, abandono del tratamiento psicofarmacológico, abuso de sustancias tóxicas...)
- 3ª Finalmente, las personas sin hogar pueden manifestar diversos trastornos mentales después de haberse encontrado un tiempo sin hogar

Los estudios experimentales soportan las dos primeras hipótesis (ROGERS y BOYER, 1987; APPELBY y DESAI, 1985), pero no la tercera (al menos en lo que a trastornos mentales severos y/o crónicos se refiere).

Sin embargo, a pesar de la antes referida correlación significativa entre hospitalización psiquiátrica y psicopatología actual, esto no siempre es así. Tanto ROTH et al (1985) como MORSE et al (1986) encuentran en sus respectivos estudios que entre el 40 y el 50 % de los antiguos pacientes psiquiátricos (hospitalarios) que eran considerados sin hogar no se encontraban en el momento actual con sintomatología activa o descompensada.

Sin embargo, aquellos sin hogar con antecedentes de hospitalización psiquiátrica tenían más probabilidades de desarrollar síntomas psicopatológicos en el estudio de seguimiento de MORSE y CALSYN (1986) que aquellos sin hogar que nunca habían estado ingresados en un centro psiquiátrico. Por ello el dato de "hospitalización psiquiátrica previa" podría predecir "síntomas psiquiátricos actuales" con cierta fiabilidad, como señalan MORSE y CALSYN (1992) en un estudio posterior.

Los datos de prevalencia psiquiátrica arriba comentados permiten una primera aproximación acerca de la magnitud y calidad de los servicios asistenciales de salud mental necesitados por este subgrupo de población.

No obstante, son necesarios otros estudios complementarios para delimitar con mayor precisión dichas necesidades. Para ello con frecuencia es necesaria una cuidadosa evaluación clínica complementaria. Empleando esta metodología un equipo de psiquiatras experimentados de Baltimore estimaron que el 18 % de los varones sin hogar con trastornos mentales severos evaluados por ellos podrían beneficiarse de una admisión de corta estancia para estabilizar su situación.

ARCE et al (1983) valoran que sólo un 27 % de las personas sin hogar evaluadas en un servicio de Urgencias cumplirían criterios de indicación de hospitalización psiquiátrica (incluso involuntaria), a pesar de que se encontró un diagnóstico psiquiátrico DSM-III en el 84 % de la muestra.

Otros autores cifran el porcentaje de aquellos sin hogar para los que sería de gran utilidad una hospitalización psiquiátrica breve para ser estabilizado médico-psiquiátricamente como paso previo a realizar esfuerzos a más largo plazo en la comunidad entre un 5 y un 7 %.

Sin embargo, sólo un 14 % de dichos varones sin hogar severamente enfermos (un 2 % del total de la muestra de varones sin hogar estudiados) necesitarían cuidados hospitalarios a largo plazo (*long term*).

El inconveniente obvio de informes de este tipo es que dichas valoraciones clínicas pueden depender de múltiples variables subjetivas (tanto por parte de los clínicos evaluadores como del sistema asistencial en que se hallan insertos), con evidentes limitaciones a la hora de generalizar sus análisis.

La ventaja es que sus recomendaciones parecen estar muy próximas a la práctica clínica habitual, al menos en las grandes ciudades occidentales.

Finalmente, aunque numerosos estudios aportan información sobre la historia de tratamiento psiquiátrico previa, generalmente no analizan si el hecho de que exista un número significativo de éstos sin acceso adecuado a los servicios sanitarios se debe a factores individuales (como pueden ser un alto nivel de desorganización cognitiva, juicio de realidad severamente alterado, temor al tratamiento, rechazo activo justificado u otros) o debido a fallos del sistema de salud mental tales como la insuficiente provisión de servicios adecuados o barreras para el acceso a las mismas (FISCHER y BREAKEY, 1986).

### 3.2.7 SALUD MENTAL DE LA POBLACION "SIN HOGAR" EN ESPAÑA

Durante unos años, los únicos indicadores sobre el estado de salud mental de la población sin hogar y transeúnte en nuestro país provenían de los informes y estudios sociológicos llevados a cabo por los profesionales y voluntarios que atienden a estas personas, así como de algunos reportajes periodísticos más o menos anecdóticos o sensacionalistas.

El valor de los primeros proviene de la experiencia y cercanía de estos profesionales a la realidad, en la mayoría de las ocasiones poco visible, de las personas marginadas sin hogar.

Su principal desventaja es lo poco preciso de sus criterios de «caso psiquiátrico» o de sus indicadores de salud mental, lo cual dificulta la comparación entre estudios, así como la comprensión desde un punto de vista clínico de los datos que aportan. Por ejemplo, en la mayoría de estos informes no queda claro a qué se refieren cuando manejan porcentajes de personas sin hogar que presentan "enfermedad mental" (*¿qué tipo de trastorno psiquiátrico?, ¿según qué sistema nosológico?, ¿incluyen o excluyen trastornos de personalidad o dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas?, al hablar de «depresión»: ¿incluyen distimias junto a cuadros bipolares?,...)* o "alcoholismo" (*¿según qué criterios diagnósticos?, ¿incluye / excluye abuso de alcohol junto a los cuadros de dependencia?,...).*

Sin embargo, algunos de estos informes proporcionan aproximaciones más certeras a la problemática en salud mental de las poblaciones que atienden. En un albergue del Ayuntamiento de Madrid,

*"... uno de cada cuatro presentan enfermedad mental grave, principalmente esquizofrenias crónicas, de tipo paranoide en su mayor parte, y delirios crónicos residuales. En general son personas dadas de alta en hospitales psiquiátricos que no tienen familia o que no son aceptadas por ella.*

*Existen problemas de alcoholismo en el 90 % de los acogidos"*  
(AYUNTAMIENTO DE MADRID, 1983)

En otro informe de una comunidad terapéutica para reinserción de personas sin hogar transeúntes en Palma de Mallorca,

*"el 8 % de las personas atendidas presentaban un diagnóstico de esquizofrenia; el 24 % estaban afectados por una alteración psíquica más o menos clara (sic) y el 90 % por la problemática alcohólica (sic)"* (PANADES e IZQUIERDO, 1986)

También se presentaron algunos datos en el Congreso de Psicopatología de la Marginación celebrado en Zaragoza durante Mayo de 1989.

Los medios de comunicación también aportan en ocasiones algunas aproximaciones válidas para la comprensión de las problemáticas de salud mental relacionadas con las personas sin hogar y transeúntes en nuestro país, si bien no vamos a entrar en estas páginas en el análisis de la información por ellos suministrada. En el *Anexo de prensa* recogemos algunos de estos trabajos recientes.

Con un mayor rigor metodológico en el campo de la epidemiología psiquiátrica sólo conocemos en nuestro medio el estudio de RICO (1991) en Aranjuez (Madrid), lugar de paso preferente de las rutas habituales de las personas transeúntes hacia el Sur y Levante español.

RICO, tras evaluar con una entrevista clínica según criterios DSM-III-R a 524 personas sin hogar (casi la totalidad de aquellos que a lo largo de un año hicieron uso del albergue), encuentra un 18 % con antecedentes de hospitalización psiquiátrica y un 56 % con algún diagnóstico psiquiátrico en el eje I (Esquizofrenia, 7 %; Dependencia al Alcohol, 32 %; Dependencia de Otras Sustancias Psicoactivas, 6 %; Trastornos Afectivos uni o bipolares, 8 %).

El 68 % de aquellos con un diagnóstico en el eje I nunca habían recibido tratamiento psiquiátrico por dichos problemas de salud mental. La cuarta parte de aquellos con diagnóstico en el eje I habían seguido tratamiento en hospitalización psiquiátrica en una o más ocasiones a lo largo de su vida.

Sólo el 5 % de los individuos con un diagnóstico (actual) en el eje I estaban siendo tratados en el presente.

Comparativamente, las personas sin hogar con diagnóstico en el eje I eran más jóvenes y llevaban más tiempo sin hogar que aquellos sin trastornos psiquiátricos identificados.

Ampliamos los resultados y análisis de este estudio en RICO (1991) y en RICO, VEGA y ARANGUREN (1994).

Por otra parte, algunos estudios de *follow up* que estudian cohortes de pacientes psiquiátricos de larga estancia deshospitalizados en la última década se refieren indirectamente al número de ellos que acaban en situación de marginación extrema, sin hogar y/o vagabundeando.

Así, un estudio en Valencia (GOMEZ BENEYTO et al, 1986) no encuentra más que 3 pacientes en la calle (0.8 %) de los desinstitucionalizados del Hospital Psiquiátrico de Valencia entre 1974 y 1986. Sin embargo, a un 8.5 % (31 ex-pacientes) de los que no se hallaba constancia de que hubiera fallecido en el momento de realizar el seguimiento, no fue posible localizarles. Subrayar asimismo que la edad media de la cohorte estudiada fue bastante superior a la edad media de los enfermos mentales crónicos estudiados en los albergues españoles (de hecho, más de las tres cuartas partes tenían más de 40 años).

# **O B J E T I V O S**

## OBJETIVOS

- 1º Describir las **características socio-demográficas** de la población sin hogar que acude habitual o esporádicamente a los albergues para transeúntes en Gijón (Asturias)
- 2º Describir el **estado de salud mental** de esta población
- 3º Describir el **patrón de uso de servicios médicos generales y de salud mental** que realiza esta población en Asturias
- 4º Analizar las peculiaridades socio-demográficas y de uso de servicios sanitarios del subgrupo de población estudiada que presentan **patología psiquiátrica severa y/o crónica**
- 5º Analizar el uso específico de los **servicios de salud mental** que realiza este subgrupo con patología psiquiátrica severa y/o crónica
- 6º Analizar la **atención prestada desde los servicios de salud mental de Asturias** a dicho subgrupo de población sin hogar
- 7º Analizar el porcentaje de personas sin hogar "ex-pacientes de larga estancia" **desinstitucionalizados** del Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias a partir de 1984



- 8º Evaluar la capacidad de **«detección de psicopatología»** en la población sin hogar efectuada por profesionales del Trabajo Social que trabajan con ella, sin formación específica en salud mental
- 9º Reflexionar, desde la revisión de la literatura especializada y los datos de éste y otros estudios en nuestro medio, la problemática que surge en la **atención a la población sin hogar que presenta patología psiquiátrica severa y/o crónica**

**M A T E R I A L   Y**  
**M E T O D O**

## **M A T E R I A L   Y   M E T O D O**

Realizaremos un estudio transversal de epidemiología psiquiátrica en el nivel I (medio comunitario) de GOLDBERG y HUXLEY (1990) sobre una población marginada socio-económicamente y que entra en contacto con los servicios sociales especializados en la atención a las personas y sin hogar y transeúntes de Gijón (Asturias).

Asimismo, analizaremos el uso que dicha población realiza de los servicios sanitarios generales y de salud mental en el momento actual y a lo largo de su vida.

A continuación, tras describir el diseño de la investigación y duración de la misma, pasaremos a revisar el marco socio-sanitario en la que ésta se realiza, tanto en lo que se refiere a las peculiaridades de la población sin hogar que reside o transita por Asturias como de la propia organización sanitaria pública en dicha comunidad. Haremos especial referencia a las características de sus servicios psiquiátricos y de salud mental.

## **5.1 CRONOGRAMA DEL ESTUDIO**

### **5.1.1 FASE PREVIA**

- Búsqueda bibliográfica inicial y revisión de la literatura básica
- Contacto con los servicios sociales de atención al transeúnte y personas sin hogar en Asturias (Cáritas, Oficina de Información al Transeúnte de Gijón – O.I.T.), tanto para evaluar las posibilidades de realización de este estudio como para un primer acercamiento del investigador participante al medio (albergues de transeúntes de Gijón)
- Diseño metodológico y elección de los instrumentos de evaluación
- Entrenamiento para el manejo del *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI)
- Estudio piloto (10 casos). Modificaciones definitivas del protocolo metodológico (normas de selección de la muestra, cuestionarios...)
- Entrenamiento del equipo de trabajadoras sociales de la O.I.T. colaboradoras a fin de unificar criterios de selección y de exclusión de la muestra

### **5.1.2 FASE DE ESTUDIO**

- Recogida de datos socio-sanitarios y evaluación psiquiátrica de los sujetos participantes (Mayo 1992 – Mayo 1993)
- Reuniones periódicas con las trabajadoras sociales colaboradoras a lo largo de dicho periodo

### **5.1.3 FASE DE CONSULTA DE FUENTES DE INFORMACION COMPLEMENTARIAS**

- Búsqueda en Archivos sociales de la O.I.T. de Gijón
- Búsqueda en la Unidad de Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias
- Búsqueda en los Archivos clínicos del Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias (Oviedo)
- Búsqueda en los Archivos clínicos del Hospital de Jove (Gijón)

### **5.1.4 FASE DE ANALISIS**

- Introducción de datos socio-demográficos, de soporte social y otros en la base de datos creada al efecto
- Introducción de resultados de evaluación psiquiátrica obtenidos con el CIDI en el programa informático específico con el fin de obtener los diagnósticos psiquiátricos según criterios DSM-III R y CIE-10
- Modificaciones de la base de datos según la información aportada desde las fuentes complementarias consultadas
- Análisis estadístico de los datos (uni y multivariado)
- Reuniones de análisis del estudio con las trabajadoras sociales colaboradoras

#### 5.1.5 **FASE FINAL**

- Actualización de la Búsqueda Bibliográfica
- Discusión de los Resultados
- Conclusiones
- Redacción y presentación del estudio

## 5.2 LOS TRANSEUNTES Y SIN HOGAR EN GIJON (ASTURIAS)

No existen demasiados datos escritos sobre la realidad de la población sin hogar en Asturias, salvo algunos reportajes periodísticos ocasionales y algunos informes de circulación interna realizados por los servicios sociales especializados (básicamente, Cáritas y la propia O.I.T., Oficina de Información al Transeúnte).

De hecho, los dos estudios sociológicos realizados recientemente en Asturias sobre la pobreza en la región (GRUPO-5, 1992; E.D.I.S., 1991) excluyen directamente a los colectivos "*ultramenesterosos*" (sic) al seleccionar su muestra de estudio de las listas padronales informatizadas. Esto es, por definición, población domiciliada o "con hogar".

Unicamente contamos con algunas aproximaciones realizadas por las trabajadoras sociales de los servicios sociales para transeúntes de Gijón (FUNDACION PUBLICA DE SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES, 1991) y de las Memorias anuales de la O.I.T., disponibles desde su creación en 1990. Estas informaciones, junto a la recogida de opiniones y análisis de diversos informantes clave (Cáritas, O.I.T., trabajadoras sociales de los Servicios de Salud Mental de Asturias...), nos fueron de gran utilidad para escoger el diseño metodológico más adecuado para este estudio.

Aunque es conocido que muchos transeúntes prefieren, cuando no llueve o hace frío, vivir en las calles – o en pensiones baratas, cuando tienen suficiente dinero – antes que acudir a un albergue (MARTIN BARROSO, 1985), en la práctica, en la ciudad de Gijón y otras ciudades asturianas, la casi totalidad de personas indomiciliadas que en ellas viven o transitan contactan en algún momento a lo largo del año con los servicios sociales especializados. A ello no es ajeno la climatología propia de la región.

Asimismo, por criterio organizativo desde 1990, todos los sin hogar que hacen uso de alguno de dichos servicios sociales en Gijón han de pasar necesariamente por la Oficina de Información al Transeúnte de dicho municipio.

Ambos hechos nos señalaron a dicha O.I.T. como un lugar privilegiado (accesible y fiable) para realizar una investigación como la presente sobre la población sin hogar en Gijón.

### 5.2.1 **MARCO SOCIOLOGICO**

El Principado de Asturias presenta algunos rasgos socio-sanitarios de interés en relación al tema que nos ocupa:

- A pesar de ser una comunidad autónoma que atraviesa en los últimos años una profunda crisis socio-laboral, con serias dificultades para la absorción de nueva mano de obra en sus numerosas industrias en proceso de reestructuración (minería, sidero-metalurgia, naval...) y sin tradición de trabajo de hostelería o agrícola-ganadero de temporada (a diferencia del Sur y Este español), Asturias – y especialmente Gijón mantiene un importante poder de atracción para la población transeúnte.
- A ello no es ajeno el desarrollo desde hace décadas de servicios sociales específicos bien conocidos y en general aceptados por esta población.
- Asturias no parece encontrarse inserta en algunos de los recorridos más frecuentemente transitados por los transeúntes en nuestro país (p.ej., Madrid-Guadalajara, Barcelona-Valencia, Valencia-Málaga o Madrid-Córdoba, según el prestigioso estudio de MARTIN BARROSO, 1985 para Cáritas Española) ni, como hemos señalado, es punto de llegada importante de personas en búsqueda de trabajo. Sin embargo, sí conocemos algunos datos sobre el lugar que Asturias ocupa en los circuitos nacionales y regionales:



- Además de Madrid, Barcelona y el área mediterránea, existe un eje Norte de creciente frecuentación por parte de las personas transeúntes en nuestro país: Gijón, Santander y Bilbao, junto con Vitoria y Zaragoza son puntos clave en esta ruta (EQUIPO O.I.T., 1994)
- En lo que a Asturias respecta, existe un circuito preferente, básicamente en torno a las principales ciudades de la región, donde se ubican la mayoría de las plazas de albergue: Gijón, Oviedo y Avilés
- El ritmo con el que se moviliza la población sin hogar dentro de dicho circuito regional depende de diversos factores: normas que limitan la estancia en cada albergue, existencia o no de programas sociales específicos de reinserción para diferentes colectivos (toxicómanos, ancianos, mujeres con hijos...), factores climatológicos, coyunturales u otros
- Gijón es, de esas tres, la ciudad más atractiva desde el punto de vista del sin hogar transeúnte, tanto por algunos rasgos de la misma (turismo veraniego, buenas comunicaciones...) como por el avanzado desarrollo de sus servicios sociales específicos (que más adelante describimos brevemente)
- Asimismo Gijón (aprox. 275.000 habitantes), por su condición de mayor núcleo urbano de la región y rasgos socio-económicos que la caracterizan (tejido industrial en crisis, desempleo, progresivo encarecimiento del mercado de viviendas y otros) genera por sí misma un importante tanto por ciento de la población sin hogar que encontramos en Asturias. El perfil socio-demográfico de esta población sin hogar (sean o no "transeúntes" en el sentido clásico del término) se aproximaría al descrito en las grandes ciudades españolas recientemente (MARTIN BARROSO, 1985; AYUNTAMIENTO DE MADRID, 1986; GOIZUETA, 1992)
- Por otra parte, Asturias cuenta con unos Servicios de Salud Mental públicos que en estos últimos diez años han ido progresivamente descentralizándose y desarrollándose

con una orientación comunitaria (GARCIA y APARICIO, 1990) y que la sitúan entre las comunidades autónomas que más han avanzado en la puesta en práctica de las directrices recogidas por la Ley General de Sanidad para la reforma de la asistencia psiquiátrica en nuestro país (APARICIO y SANCHEZ, 1990).

Así como en otros países de nuestro entorno donde han sido llevadas a cabo diferentes políticas de desinstitucionalización (Estados Unidos, Inglaterra, Italia...) la problemática de los enfermos mentales sin hogar se ha hecho más visible sólo tras varios años de haber iniciado dicha política (en conjunción, no lo olvidemos, con factores sociales y económicos claramente determinantes prioritarios), también en Asturias comienza a aparecer en el debate sobre la conveniencia o no del modelo comunitario como fue diseñado originalmente este fenómeno (RENDUELES, 1991; *ver Anexo de Prensa*).

Por ello, Asturias es un buen lugar para tratar de analizar cómo se está manifestando este fenómeno en nuestro medio.

El hecho de contar con un Registro de Casos Psiquiátricos en funcionamiento desde el 1 de Enero de 1986 (EGUIAGARAY, 1990) facilita la tarea.

Otra cuestión de interés sobre esta población es la del lugar o lugares donde podemos localizarla. Ello determinará los diferentes lugares donde habremos de realizar la selección muestral. Encontraremos personas sin hogar, transeúntes o no, en alguno o, más habitualmente, varios de las siguientes localizaciones:

- en los Albergues para Transeúntes,
- en algunos de los recursos residenciales y de reinserción creados tanto para la población sin hogar en general como para subpoblaciones específicas (ancianos, toxicómanos, alcohólicos u otros),
- en pensiones baratas,

- en casas abandonadas o semidemolidas ("chupanos": ver *Anexo de Prensa*) o edificios en construcción,
- en refugios naturales (recovecos de túneles, bajo puentes amplios u otros)
- o, si la meteorología lo permite, a la intemperie (parques públicos, portales, en la playa, coches abandonados u otros).

La mayoría de las personas sin hogar suelen emplear alternativamente uno u otro de estos "recursos" según su situación económica, posibilidad de ocupación de las plazas de albergue disponibles u otros factores.

Las condiciones climatológicas habituales en Asturias (lluvia frecuente en cualquier época del año) determinan que el grupo de personas sin hogar que NUNCA hace uso de los albergues sea mucho menor que en otras latitudes. Este dato, aportado por las trabajadoras sociales con experiencia en la atención a este colectivo en Gijón y Oviedo, contribuye a sustentar la idoneidad de la O.I.T. como lugar de estudio de los sin hogar en Gijón.

### **5.2.2 LA OFICINA DE INFORMACION AL TRANSEUNTE DE GIJÓN (O.I.T.)**

La O.I.T. de Gijón se creó en Octubre de 1990 con la intención de coordinar los distintos servicios, tanto públicos como privados, de atención a las personas transeúntes y sin hogar de la ciudad (CALDERON, 1990; FUNDACION PUBLICA DE SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES, 1991). En la actualidad, dichos recursos son básicamente los siguientes:

- el albergue "Covadonga",
- el albergue de la "Asociación Gijonesa de Caridad",
- los dos pisos de reinserción para personas indomiciliadas,
- el piso de reinserción para toxicómanos sin hogar,
- comedores, roperos, asistencia social y otros

En su primer año de funcionamiento orientaron unas 7.000 demandas, realizadas por 1.400 personas (O.I.T., 1992). En los últimos meses de 1993 dicha Oficina atendió a unas 70 - 80 personas nuevas por mes (EQUIPO O.I.T., 1994).

Describiremos a continuación brevemente algunas características de los dos albergues existentes.

El albergue "Covadonga", en funcionamiento desde Enero de 1988, cuenta con unas 40 plazas para varones, 8 para mujeres y una habitación familiar. Actualmente se encuentra en construcción un nuevo albergue para sustituir y modernizar las instalaciones de éste.

Además del servicio de acogida y alojamiento ofrece otros servicios básicos (comedor, ropero, dispensario farmacéutico y asistencia social). Su tasa de ocupación habitual es del 95 - 100 % en cualquier día del año. Admite a personas sin vivienda y sin recursos que acuden voluntariamente o derivadas por cualquier otra agencia pública (ayuntamiento, policía municipal, urgencias sanitarias...) o privada (Cáritas, parroquias...). Se trata de

individualizar el tiempo de estancia autorizado en función del estado de salud del sujeto, edad, situación personal y familiar y planes de reinserción previstos, si bien para un gran número de las personas atendidas sólo se conceden tres días de alojamiento (nocturno exclusivamente) al mes.

El albergue de la "Asociación Gijonesa de Caridad", inaugurado en 1950, es heredero de una institución muy popular en la ciudad de Gijón: la "Cocina Económica" (fundada en 1880 por Don Rafael Suárez del Villar). Dispone de unas 40 plazas de albergue nocturno, así como de comedor y otros servicios básicos. Las normas de funcionamiento son similares al anterior.

Los dos pisos para indomiciliados que Cáritas tiene en Gijón acogen a 18 personas, derivadas desde los albergues antes citados con un proyecto de reinserción y estabilización personal a más o menos largo plazo. Sus ocupantes trabajan en el Taller Ocupacional de Cáritas (recogida, restauración y venta o distribución a familias necesitadas de muebles usados).

### 5.3 MUESTRA DE ESTUDIO

La muestra de estudio fue extraída del conjunto de personas que contactan con la O.I.T. de Gijón, ya sea a iniciativa propia (la mayoría de los casos) o derivadas por otro servicio social o sanitario (asistencia social, policía municipal, urgencias y hospitales del área...). Por dicha oficina han de pasar necesariamente TODAS las personas sin hogar que accedan a cualquiera de los servicios sociales ofertados.

Excluimos a aquellas personas que acudían a la O.I.T. para consulta de una problemática socio-económica personal no directamente relacionada con la que específicamente abordan dichos servicios sociales especializados (una minoría de casos, que fueron derivados a los servicios sociales generales).

Tal lugar de selección excluye, obviamente, a todos aquellos indomiciliados que durante el tiempo de estudio no contactaron en ningún momento con la O.I.T. Según información recogida de las trabajadoras sociales de dicha Oficina y policía municipal de Gijón, la población sin hogar que NUNCA acude a los albergues de la ciudad (la «*street people*» de los estudios norteamericanos) se reduce a no más de cinco o diez personas, algunos de ellos "con un gran índice de deterioro" (FUNDACION PUBLICA DE SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES, 1990).

## 5.4. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

La recogida directa de información de los sujetos sin hogar participantes se realizó a lo largo de todo un año (Mayo 1992 a Mayo 1993).

Con ello pretendíamos minimizar algunos de los sesgos observados en estudios epidemiológicos previos. Estudiar esta población durante cortos periodos de tiempo puede suponer importantes sesgos debido a variaciones estacionales o climatológicas, movimientos de población sin hogar según los ciclos de trabajo de temporada u otras circunstancias coyunturales.

Por ejemplo, durante algunos meses del año 1992 hubo una inusual afluencia de personas transeúntes "residentes" habituales en Sevilla o Barcelona hacia otras localizaciones debido al celo municipal de ambas ciudades por no mostrar a los visitantes de la Exposición Universal o de los Juegos Olímpicos situaciones de pobreza en sus calles (*ver Anexo de Prensa: "La Nueva España" 12 Julio 1992*).

Del conjunto de personas sin hogar que a lo largo del año acudieron a la O.I.T. fue extraída la muestra de estudio de forma cuasi al azar.

Para tal fin se establecieron las siguientes **normas de selección de la muestra de estudio**:

- 1º Cada vez que una persona sin hogar acuda a la O.I.T. – cumpliendo los criterios de inclusión anteriormente citados para acceder a cualquiera de los servicios disponibles (albergue, comedor, información y/o asistencia social) – se le asignará un Número en el Registro de la Oficina.

Por tanto, cada vez que acuda una misma persona a la O.I.T. a lo largo del periodo de estudio le corresponderá un Número diferente, según el orden correlativo del Registro que en ese momento le corresponda.

- 2º Aleatoriamente se seleccionarán tres días a la semana, de lunes a domingo a lo largo de los doce meses de duración del estudio, para realizar la selección muestral.

Coincida o no con día de realización de dicha selección en el Registro Diario de la O.I.T. se irán anotando correlativamente las diferentes personas que acudan y las veces que acuden al cabo de dicho año.

- 3º La trabajadora social administrará a las personas que correspondan los números múltiplos de 5 los días de selección muestral – previa explicación de los objetivos del estudio y la solicitud verbal de su participación voluntaria – la ENTREVISTA SOCIO-DEMOGRAFICA (ver Anexo).

Posteriormente, la misma trabajadora social rellenará los ítems de valoración personal (VALORACION TRABAJADORA SOCIAL: ver Anexo).

- 4º Las personas a las que correspondan números múltiplos de 10 los días de selección muestra serán, además, entrevistados por uno de nosotros (médico residente de Psiquiatría de cuarto año) con el COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW (C.I.D.I.) o, si las condiciones personales del sujeto así lo aconsejaran (dificultades cognitivas, atencionales, sensoriales u otras), una ENTREVISTA PSIQUIATRICA ALTERNATIVA (entrevista clínica orientada a confirmar/excluir, según criterios DSM-III-R y CIE-10, los principales códigos diagnósticos objeto de estudio).

- 5º En el caso de la persona a la que le hubiera correspondido ser entrevistado por la trabajadora social (y el médico, si así coincidiera) RECHAZARA participar, la trabajadora social completará únicamente los datos de filiación, su valoración personal y una FICHA DE RECHAZO (ver Anexo).

Dicho rechazo será sustituido por el sujeto al que le correspondiera el número inmediatamente posterior en el Registro de la O.I.T.



6º Si por acudir en sucesivas ocasiones a la O.I.T. a lo largo del tiempo de estudio a una persona ya previamente entrevistada (Entrevista Socio-Demográfica sola o con Entrevista Psiquiátrica) le volviera a corresponder con alguno de sus Números sucesivos el turno de ser entrevistado de nuevo, pasaremos a la persona cuyo Número es el inmediatamente posterior y así sucesivamente.

A todo usuario de la O.I.T. que, según las normas de selección muestral previamente enunciadas, le correspondiera participar en este estudio se le explicará de forma clara y rigurosa la filiación profesional del entrevistador, así como la metodología y finalidad de la investigación. Finalmente, se le solicitará su colaboración voluntaria en la entrevista social (y psiquiátrica, si así coincidiera).

Tanto la información reunida en la Entrevista Socio-Demográfica como en el C.I.D.I. (o Entrevista Psiquiátrica Alternativa) o en la Ficha de Rechazo se recogerá de forma codificada, de tal forma que se respete escrupulosamente la confidencialidad de los datos manejados.

Ninguno de los datos referentes al estado de salud (física y/o mental) obtenidos de la Entrevista Psiquiátrica y/o de las Fuentes de Información Complementarias consultadas (ver más adelante) se comunicará a las trabajadoras sociales de la O.I.T., con el fin de asegurar la confidencialidad arriba mencionada.

## 5.5 INSTRUMENTOS METODOLOGICOS

### 5.5.1 CUESTIONARIOS

Los instrumentos metodológicos empleados – todos ellos adjuntados en el *Anexo*, salvo el C.I.D.I – en el estudio son los siguientes:

- Cuestionario SOCIO-DEMOGRAFICO, construido originalmente para esta investigación, recoge de cada una de las personas entrevistadas de forma estructurada por la trabajadora social:

- datos socio-demográficos (11 items),
- de soporte social (10 items),
- de transeuntismo y vida sin hogar (21 items),
- de uso de servicios médicos (11 items)
- y de servicios de salud mental (12 items)

En lo posible hemos homogeneizado cada uno de los items de este cuestionario con los manejados en la Hoja de Datos Básicos (*ver Anexo*) cumplimentada para cada usuario de los Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias y que sirve como base del Registro de Casos Psiquiátricos de esta comunidad (EGUIAGARAY, 1990).

En el bloque de Uso de Servicios Médicos se consideró que existía ENFERMEDAD FISICA cuando el entrevistado o las Fuentes de Información Complmentarias aportaron evidencia (informe clínico, diagnóstico médico previo, indicación de tratamiento) de padecer una enfermedad somática de tipo no transitorio. Este es un criterio similar al utilizado por VAZQUEZ-BARQUERO et al (1991) en un reciente estudio epidemiológico en población general de un área de Cantabria. Los sesgos que supone asumir esta definición se discuten en el capítulo 7.

- Cuestionario de VALORACION DE LA TRABAJADORA SOCIAL (10 ítems), sobre el individuo previamente entrevistado por ella misma. En ningún caso se trataba de realizar una pseudo-evaluación clínica ni siquiera una sencilla exploración psicopatológica sistemática, sino de estimar la visión de dicha profesional en cuanto a las necesidades médicas y de salud mental del entrevistado.

Se consensuó con el equipo de trabajadoras sociales de la O.I.T. el significado de los siguientes ítems de este cuestionario:

- **RIESGO DE SUICIDIO:** valoración de dicha posibilidad en el presente, basándose tanto en las manifestaciones verbales del entrevistado como en indicios indirectos (humor depresivo evidente, actitud y comentarios en el albergue, etc...). Cuando el sujeto era conocido de contactos previos con la O.I.T., dicha información podía matizar aún más la valoración del riesgo actual (ideación o actos suicidas previos, nivel de toleración a la frustración...).
- **RIESGO DE HETEROAGRESIVIDAD:** valoración de dicha posibilidad en el presente, basándose tanto en las manifestaciones verbales y/o conductuales del sujeto como en indicios indirectos (actitud en la relación con los profesionales y resto de albergados, etc...). Cuando el sujeto era conocido de contactos previos con la O.I.T., dicha información podía matizar aún más la valoración del riesgo de heteroagresividad actual (desinhibición de conductas agresivas con el consumo de alcohol u otros tóxicos, psicopatología delirante o alucinatoria evidente de tipo paranoide u otra, capacidad de autocontrol ...).
- **RIESGO FISICO:** se consideró éste en las personas con trastornos somáticos evidentes (ya sea por haber sido diagnosticados previamente y/o por manifestar clínica llamativa) que no se encontraban en el momento actual bajo control y tratamiento médico y que por dicha ausencia de tratamiento se encontraban en riesgo de empeorar seriamente su salud.

- **RIESGO PSIQUICO:** se consideró éste en las personas que, según la valoración de la trabajadora social (basándose ésta en informe clínico previo o en su propia percepción), presentando trastornos mentales severos y/o crónicos en el momento actual no se encontraban a tratamiento psiquiátrico y dicha ausencia de tratamiento suponía según la profesional social un evidente riesgo para sí mismo y/o para los demás.

Se subrayó en este sentido que, de no existir dicho riesgo, no se codificara como "en riesgo psíquico" sino únicamente como "necesitado de atención en salud mental".

- Ficha de **RECHAZO**, cumplimentada por el equipo de trabajadoras sociales de la O.I.T. y completada con los datos aportados por las Fuentes de Información Complementarias (datos y código de filiación, datos socio-demográficos disponibles y causa de rechazo, "probable" o "definitiva").
- Ficha de **USO OBJETIVO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL**, confeccionada tras la búsqueda de datos de cada participante en el estudio – según su código individual, idéntico al empleado de haber contactado con los servicios de salud mental de Asturias en algún momento de su vida – en:
  - la Unidad de Evaluación de dichos servicios (Registro de Casos Psiquiátricos),
  - en el Archivo clínico del Hospital Psiquiátrico Regional (Oviedo)
  - y en el Archivo clínico del Hospital de Jove (Gijón), hospital de referencia en el área de Gijón para población de la antigua "beneficencia" y donde se halla la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (Agudos) y Urgencias de Psiquiatría para el conjunto de la población del área.

- **COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW (CIDI)**, versión modular 1.0 de la Organización Mundial de la Salud traducida al castellano (versión oficial de la W.H.O. – O.M.S., 1989).

Describimos brevemente a continuación este último instrumento.

#### 5.5.2 **EL "COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW" (CIDI)**

El CIDI es una entrevista psiquiátrica estructurada para el diagnóstico de trastornos mentales compatibles con las clasificaciones DSM-III R (A.P.A., 1987) y CIE-10 (O.M.S., 1992), diseñada por la Organización Mundial de la Salud y la *Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration* norteamericana en la década de los ochenta (W.H.O. – O.M.S., 1989).

Las pruebas efectuadas hasta la fecha han revelado que el CIDI posee una fiabilidad inter entrevistadores y de test-retest, para todas las categorías diagnósticas, muy alta, con valores Kappa promedio superiores al 0.7 (IANCA et al, 1992).

Esta entrevista estructurada refleja – entre otras fuentes – las aportaciones del *Diagnostic Interview Schedule* de ROBINS et al (1981) y del *Present State Examination* de WING, COOPER y SARTORIUS (1974). Incorpora asimismo la experiencia adquirida con los estudios de campo transculturales de sus versiones preliminares (WITTCHEN et al, 1991; COTTLER et al, 1991).

En este estudio empleamos la traducción al castellano realizada por el Instituto de Investigación de Ciencias de la Conducta de la Facultad de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, versión oficial aceptada por la O.M.S. de la denominada "CIDI – core version 1.0" (W.H.O. – O.M.S., 1989).

Para ello realizamos el periodo previo de entrenamiento en el manejo de esta entrevista en los Servicios de Salud Mental de Asturias (uno de los Centros Colaboradores de la O.M.S. para la Investigación y la Enseñanza de la Salud Mental en España, una de cuyas líneas de investigación actual se relaciona con el CIDI).

Debido a ciertas dificultades previsibles en el estudio de poblaciones con rasgos socio-culturales y psicológicos como los de la que es objeto de la presente investigación – confirmadas tanto en la revisión de la literatura previa como en el estudio piloto –, decidimos retirar del CIDI aquellas preguntas que hacen referencia a diversos códigos diagnósticos.

Así, sin interferir con los objetivos prioritarios de nuestro trabajo, hemos facilitado el que un mayor número de sujetos aceptaran participar en el estudio.

Los bloques de cuestiones excluidos corresponden a los siguientes diagnósticos clínicos:

- TRASTORNOS SOMATOMORFOS (58 items, muy complicados de administrar)
- ANOREXIA NERVIOSA / BULIMIA (16 items)
- DISFUNCIONES SEXUALES (6 items)
- DEPENDENCIA DEL TABACO (17 ITEMS)

Al igual que en otros estudios con población marginal (por ejemplo, HOGG y MARSHALL, 1992, el *Mini-Mental State Examination* (incluido en el CIDI conformando la *sección M* del mismo) sólo fue administrado cuando, en base a la historia previa o impresión clínica del entrevistador, se sospechó daño organico cerebral).

Tales exclusiones están contempladas y aceptadas por el Manual de Uso del CIDI (W.H.O. – O.M.S., 1990).

Por tanto, los grandes bloques diagnósticos considerados en la versión C.I.D.I. manejada en nuestro estudio, con sus denominaciones particulares según se trate de criterios DSM-III R o CIE-10, son los siguientes:

- TRASTORNOS POR ANSIEDAD
- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO
- TRASTORNOS AFECTIVOS UNI Y BIPOLARES
- ESQUIZOFRENIA
- TRASTORNOS POR USO DEL ALCOHOL
- TRASTORNOS POR USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
- y SINDROME ORGANICO-CEREBRAL (ésta última sección, con la salvedad antes mencionada)

## 5.6 FUENTES DE INFORMACION COMPLEMENTARIA

Tras administrar el CIDI obtenemos, a través del programa informático disponible (W.H.O. – O.M.S., 1989) la evaluación psiquiátrica correspondiente compatible con criterios diagnósticos DSM–III R y CIE–10.

Dado que la estructura de esta entrevista permite determinar la cronología de los diferentes trastornos mentales diagnosticados, es posible conocer las cifras de prevalencia, tanto puntual o actual (último mes) como *lifetime* (a lo largo de la vida).

Por otra parte, utilizando el código individual de cada individuo entrevistado, se realizó un rastreo informático de los posibles contactos de dicho sujeto con los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, a través del Registro de Casos Psiquiátricos antes citado.

Finalmente, cotejamos la información suministrada por el propio sujeto en la Entrevista Social y Psiquiátrica con diversas Fuentes de Información Complementarias:

- Archivo social de la propia O.I.T. (datos socio–demográficos)
- Archivo clínico del Hospital Psiquiátrico Regional de Oviedo (datos clínicos y de uso de Servicios de Salud Mental)
- y Archivo clínico del Hospital de Jove (Gijón)

Cuando la información encontrada en dichas Fuentes Complementarias sea claramente contradictoria con la aportada por el sujeto en la entrevista actual, elegiremos aquella con mayores probabilidades de verosimilitud.



## 5.7 ANALISIS ESTADISTICO

Tras introducir los datos obtenidos en las fases previas de este estudio en una base de datos (DBase III+) creada al efecto por la Unidad de Informática de los Servicios de Salud Mental de Asturias se analizaron éstos con el programa STATGRAPHICS version 5.0.

En primer lugar se realizó un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables evaluadas. A tal efecto se manejaron medias y desviación estándar en aquellas variables de tipo cuantitativo.

Posteriormente se analizaron diferentes cruces de variables (todas ellas de tipo cualitativo) de interés para los objetivos de este estudio. Para ello se crearon tablas de contingencia y se empleó el estadístico "Chi" cuadrado, fijando unos valores de  $p < 0.05$  como indicativo de la presencia de significación estadística.

Se consideraron específicamente cuatro tipologías a la hora de compararlas entre sí:

- según la variable SEXO,
- TIEMPO SIN HOGAR, que dividimos en 3 categorías:
  - Menor de 1 año
  - 1 a 5 años
  - Más de 5 años sin hogar
- TIPOLOGIA DE CARENIA DE HOGAR, donde diferenciamos 4 grupos:
  - Puntual o situacional
  - Esporádico
  - De Media duración (menos de 2 años, excluyendo los "situacionales")
  - De Larga duración (más de 2 años sin hogar)
- y según la presencia o no de DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL

# **R E S U L T A D O S**

# RESULTADOS

Describimos a continuación el conjunto de personas sin hogar que, a lo largo del año de estudio, acudieron a la Oficina de Información al Transeúnte de Gijón (**POBLACION O.I.T.:** N= 1.650), distribuidos

- por sexo (*tabla I*),
- grupos de edades (*tabla II*)
- y frecuentación durante dicho periodo de la O.I.T. (*tabla III*)

En dichas tablas aparecen asimismo los datos correspondientes a la muestra de estudio seleccionada (**MUESTRA SELECCIONADA:** N= 334).

Estratificando la población O.I.T. y la muestra seleccionada por edades y sexo, confirmamos que ambos grupos no difieren de manera significativa con relación a dichas variables.

*Tabla I. Población O.I.T. y muestra seleccionada distribuidas por sexo*

	POBLACION O.I.T.		MUESTRA	
	n	%	n	%
<b>VARONES</b>	1480	89.7 %	300	89.8 %
<b>MUJERES</b>	170	10.3 %	34	10.2 %
<b>TOTAL</b>	1650		334	

*Tabla II. Población O.I.T. y muestra seleccionada  
distribuidos por edad y sexo*

<b>RANGO EDAD</b> (años)	<b>POBLACION O.I.T.</b>			<b>MUESTRA SELECCIONADA</b>		
	VARON n (%)	MUJER n (%)	TOTAL (%)	VARON n (%)	MUJER n (%)	TOTAL (%)
<b>MENOR 19</b>	40 (2.7)	11 (6.5)	3.1	2 (0.7)	-	0.6
<b>20 - 29</b>	338 (22.8)	62 (36.5)	24.2	68 (22.7)	12 (35.3)	24
<b>30 - 39</b>	450 (30.4)	43 (25.3)	29.9	85 (28.3)	9 (26.5)	28.1
<b>40 - 49</b>	366 (24.7)	24 (14.1)	23.6	81 (27)	4 (11.8)	25.4
<b>50 - 59</b>	165 (11.1)	13 (7.6)	10.8	39 (13)	9 (26.5)	14.4
<b>60 - 69</b>	75 (5.1)	10 (5.9)	5.2	20 (6.7)	-	6
<b>70 - 79</b>	16 (1.1)	4 (2.4)	1.2	4 (1.3)	-	1.2
<b>MAYOR 80</b>	3 (0.2)	2 (1.2)	0.3	1 (0.3)	-	0.3
<b>N.C.</b>	27 (1.8)	1 (0.6)	1.7	-	-	-
<b>TOTAL</b>	1482	168	1650	300	34	334

*Tabla III. Población O.I.T. y muestra seleccionada distribuidas por frecuentación de la O.I.T./año y sexo*

	POBLACION O.I.T.		MUESTRA	
ASISTENCIAS (n %)				
VARONES	5565	88.4	3053	87
MUJERES	728	11.6	453	13
TOTAL ASISTENCIAS	6.293		3.506	
FRECUENTACION (%)				
1 VEZ / AÑO	51		18	
2 - 3 VECES	26		23	
4 - 9 VECES	15		26	
10 - 19 VECES	4		15	
> 20 VECES/AÑO	4		18	

(\*) ASISTENCIAS: ocasiones en que cada grupo hizo uso de alguno de los recursos gestionados por la O.I.T. a lo largo de los doce meses de estudio

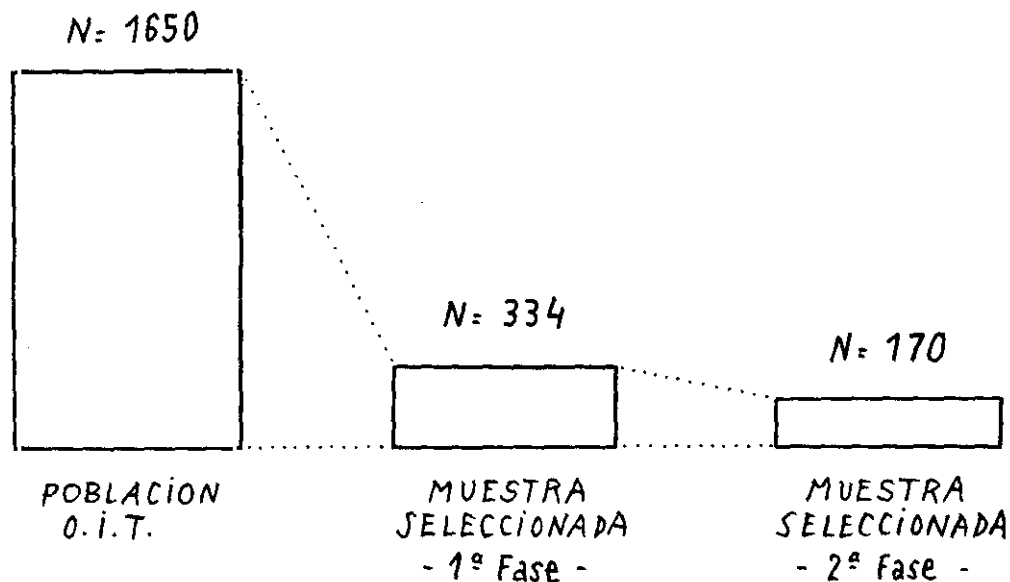
(\*\*) FRECUENTACION (VECES / AÑO): especifica el porcentaje aproximado de cada grupo que acudieron en una sola, varias o múltiples ocasiones a la O.I.T. durante ese año

Se propuso aleatoriamente participar en la primera fase del estudio (*Entrevista Social*) a 334 personas, un 20 % de la población que a lo largo del año acudió a la O.I.T. de Gijón.

De estas 334 personas sin hogar, rechazaron participar, parcial o totalmente, el 9 % ( $n= 30$ ). Posteriormente analizaremos la información disponible sobre estos 30 casos (*apartado 6.8*), partiendo de la valoración del equipo de trabajadoras sociales de la O.I.T. y de la consulta de las Fuentes de Información Complementarias.

Se realizó la segunda fase del estudio (*Evaluación Psiquiátrica*) con la mitad de la muestra seleccionada ( $n= 170$ ). En 15 casos hubo de recurrirse a la Entrevista Psiquiátrica Alternativa. En el resto de los casos (81 %) la evaluación se llevó a cabo con el CIDI.

*Gráfico I. Diseño metodológico del estudio*



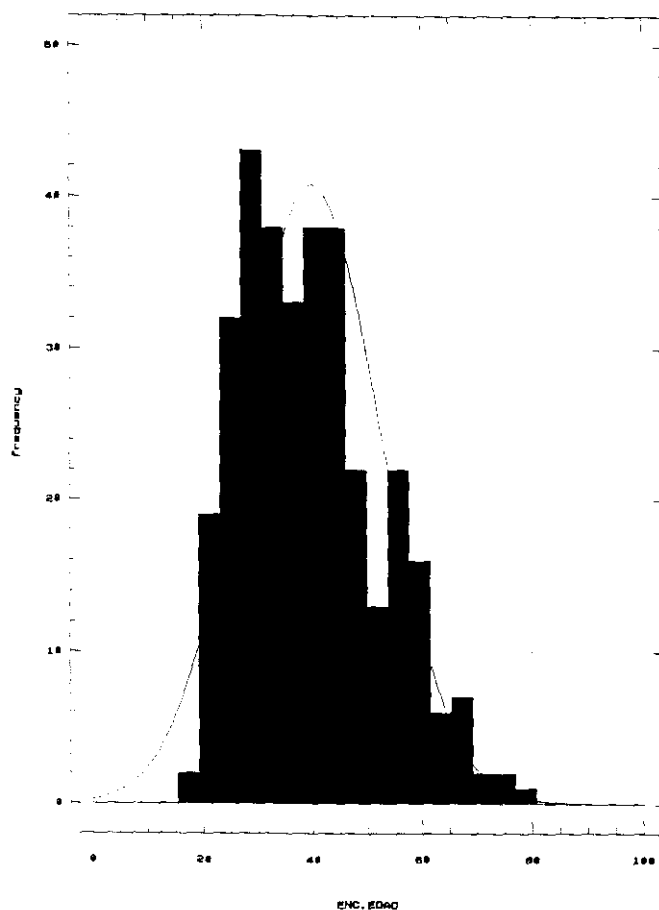
## 6.1 DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS

### 6.1.1 DATOS DEMOGRAFICOS

Nueve de cada diez personas de la muestra de estudio seleccionada fueron **varones**, idéntica proporción a la encontrada en la población O.I.T. (*tabla I*).

La **edad media** fue de 39.9 años ( $D.S. \pm 12.6$ ), algo menor entre las mujeres (37.4) que entre los varones (40.2). Casi un tercio de la muestra (31 %) se encontraban entre los 31 y 40 años de edad y algo menos de otro tercio entre los 21 y los 30 (27 %). Mayores de 61 años, se detectaron a 18 personas (5 %).

*Gráfico II. Histograma de edades (N= 334)*



El 40 % de la muestra seleccionada había nacido en el Principado de Asturias. Un 8 % habían nacido en el extranjero: 6 en Portugal, otros 6 en países latinoamericanos, 2 en Marruecos y 3 en otros países africanos, 3 en Bélgica, 2 en Francia, 2 en Alemania, otro en Rusia y uno más en Ucrania. De estas 26 personas, sin embargo, 7 eran españoles o hijos de emigrantes españoles (*tabla IV*).

*Tabla IV. Lugar de nacimiento (N= 334)*

	LUGAR DE NACIMIENTO	
	n	%
<b>ASTURIAS</b>	134	40.1
<b>RESTO ESPAÑA</b>	174	52.1
<b>EXTRANJERO</b>	26	7.8



### 6.1.2 **ESTADO CIVIL**

Seis de cada diez estaban **solteros/as**, mientras otro tercio (35 %) contestaron estar **separados/as** o **divorciados/as**.

Sólo once estaban **casados/as**, un 13 % de la muestra estudiada (*tabla V*).

*Tabla VI. Estado Civil (N= 334)*

	ESTADO CIVIL	
	n	%
<b>SOLTERO/A</b>	190	56.9
<b>CASADO/A</b>	11	3.3
<b>VIUDO/A</b>	13	3.9
<b>SEPARADO/A DIVORCIADO/A</b>	118	35.3
<b>N.C.</b>	2	0.6

### 6.1.3 NIVEL EDUCATIVO / PROFESIONAL

En cuanto al **nivel educativo**, más de la mitad tenían apenas estudios primarios (sólo una minoría de éstos habían logrado completar los mismos). Un 6 % eran analfabetos/as (n= 19) y otro 15 % contaban con un nivel igual o superior al de Bachillerato / B.U.P. o Formación Profesional de segundo grado (n= 51) (*tabla VI*).

*Tabla VI. Nivel Educativo (N= 334)*

	NIVEL EDUCATIVO		
	n	%	% acumulado
<b>ANALFABETO/A</b>	19	5.7	62
<b>ESTUDIOS PRIMARIOS</b>	188	56.3	
<b>GRADUADO ESCOLAR</b>	23	6.9	24.6
<b>F.P. PRIMER GRADO</b>	16	4.9	
<b>F.P. SEGUNDO GRADO</b>	8	2.4	
<b>E.G.B.</b>	35	10.5	
<b>B.U.P. / C.O.U.</b>	30	9	12.8
<b>ESC. UNIV. MEDIAS</b>	8	2.4	
<b>ESC.UNIV. SUP.</b>	5	1.5	
<b>N.C.</b>	2	0.6	0.6

Un tercio carecía de **profesión** o de cualificación profesional alguna. Otro 30 % eran obreros cualificados y un 9 % adicional poseían cualificación profesional de grado medio o superior (n = 28) (*tabla VII*).

*Tabla VII. Nivel Profesional (N= 334)*

	NIVEL PROFESIONAL		
	n	%	% acumulado
<b>SIN PROFESION</b>	35	10.5	33.6
<b>PEON/JORNALERO</b>	77	23.1	
<b>OBRERO SEMICUALIF.</b>	88	26.3	56
<b>OBRERO CUALIFICADO</b>	99	29.6	
<b>CUADROS MEDIOS</b>	22	6.6	8.4
<b>SUPERIOR/LIBERAL</b>	5	1.5	
<b>PEQ. EMPRESARIOS</b>	1	0.3	
<b>N.C.</b>	7	2.1	2.1

#### 6.1.4 SITUACION LABORAL / MEDIOS DE SUBSISTENCIA

Tres cuartas partes (n= 250) se hallaban en situación de **desempleo**, sin recibir subsidio en la mayoría de los casos (237 personas). El 15 % cobraban algún tipo de pensión de Jubilación (n= 41) o por Incapacidad Total (n= 9) (*tabla VIII*).

*Tabla VIII. Situación laboral actual  
(último mes) (N= 334)*

	SITUACION LABORAL		
	n	%	% acumulado
<b>EN PARO SIN SUBSIDIO</b>	237	71	74.9
<b>EN PARO CON SUBSIDIO</b>	13	3.9	
<b>JUBILAC / PENSION</b>	41	12.3	15
<b>INCAPACITADOS FISICO / PSIQUICO</b>	8	2.4	
<b>MINUSVALIDOS</b>	1	0.3	
<b>ESTUDIANTES</b>	1	0.3	0.6
<b>LABORES DOMESTICAS</b>	1	0.3	
<b>EMPLEADA HOGAR FIJA</b>	3	0.9	5.1
<b>EMPLEADA HOGAR EVENTUAL</b>	14	4.2	
<b>OBRERO FIJO</b>	2	0.6	3.3
<b>OBRERO EVENTUAL</b>	9	2.7	
<b>CUADROS MEDIOS Y SUPERIORES</b>	2	0.6	0.6
<b>N.C.</b>	2	0.6	0.6

El 48 % de los que se encontraban en paro laboral había trabajado por última vez hacía menos de un año, aunque la otra mitad de la muestra de población sin hogar estudiada (n= 129) llevaba más de un año sin poder trabajar (*tabla IX*).

*Tabla IX. Duración temporal del desempleo laboral  
(N= 250 personas en paro)*

Duración (años)	ULTIMA VEZ QUE TRABAJÓ		
	n	%	% acumulado
< 1	121	48.4	48.4
1 - 5	62	24.8	51.6
> 1	57	22.8	
NUNCA TRABAJÓ	10	4	

Sólo el 20 % (n= 64) reconocieron tener algún ingreso económico mensual fijo (pensiones de jubilación o incapacidad laboral permanente, en la mayoría de los casos).

Por otra parte, más de la mitad de los casos entrevistados reconocieron tener que recurrir con mayor o menor frecuencia a la limosna, ayudas sociales esporádicas u otros medios de subsistencia precarios (*tabla X*).

*Tabla X. Medios económicos de subsistencia  
en la actualidad (N= 334)*

	INGRESOS ECONOMICOS ACTUALES		
	n	%	% acumulado
<b>SUELDO FIJO</b>	4	1.2	19.2
<b>JUBILAC / PENSION</b>	32	9.6	
<b>AYUDA SOCIAL REGULAR</b>	28	8.4	
<b>TRABAJOS EVENTUAL FREC.</b>	69	20.7	20.7
<b>LIMOSNA</b>	36	10.8	59.3
<b>OTROS INGRESOS PRECARIOS</b>	162	48.5	
<b>N.C.</b>	3	0.9	0.9

## 6.2 SOPORTE SOCIAL

El 63 % (n= 209) de las personas entrevistadas reconocieron no mantener contacto con **familiares** o personas cercanas desde hacía tiempo (quince de ellos no tenían familia) (*tabla XI*).

*Tabla XI. Relaciones con familiares y/o personas cercanas en el último año (N= 334)*

	RELACION CON FAMILIARES		
	n	%	% acumulada
<b>FRECIENTES</b>	122	36.5	36.5
<b>RARAMENTE</b>	92	27.5	<b>62.6</b>
<b>NULAS</b>	102	30.5	
<b>SIN FAMILIA</b>	15	4.5	
<b>N.C.</b>	3	0.9	0.9

La mayoría del 18 % que declaraban tener **pareja estable** (igualmente sin hogar en todos los casos) en el momento actual (n= 59) (*tabla XII*) eran jóvenes. De éstas, un porcentaje significativo de las mismas (un tercio) eran toxicómanos o habían seguido tratamiento por este motivo (*tabla LCI*).

Por otra parte, había una mayor proporción, estadísticamente significativa, de mujeres con pareja (53 %) que de varones (14 %) (*tabla XII*).

*Tabla XII. Personas sin hogar  
con pareja estable actual (N= 334)*

	PAREJA		SIN PAREJA	
	n	%	n	%
	59	17.7	271	81.1
<b>VARON</b>	41	13.7	255	86.3
<b>MUJER</b>	18	52.9	16	47.1
<b>N.C</b>	4 (1.2)			

$$\chi^2 = 31.75 \quad (1 \text{ g.l.}) \quad p < 0.001$$

(\*) Porcentajes calculados por filas



Más de la mitad dijeron tener alguna **persona de confianza** a quien recurrir con mayor o menor frecuencia, generalmente un familiar o amigo (*tabla XIII*), a pesar de lo cual el 59 % admitieron **sentimientos de soledad** en el momento actual (n= 130).

Sólo 13 personas (4 %) se sintieron apoyadas por un profesional social o sanitario, igual porcentaje al que se refirieron a un religioso/a en dicho papel de soporte y apoyo.

Un 5 % (n= 18) nombraron a otro sujeto también sin hogar como tal persona de confianza.

*Tabla XIII. Persona de confianza (N= 334)*

	PERSONA DE CONFIANZA		
	n	%	% acumulado
<b>FAMILIAR</b>	86	25.7	55.1
<b>AMIGO, VECINO</b>	57	17.1	
<b>PROFESIONAL SOCIAL/SANITARIO</b>	13	3.9	
<b>RELIGIOSO/A</b>	12	3.6	
<b>OTRO "SIN HOGAR"</b>	16	4.8	
<b>SIN NADIE DE CONFIANZA</b>	143	42.8	42.8
<b>N.C.</b>	7	2.1	2.1

La mayoría de las personas entrevistados habían hecho uso de más de uno de los **recursos sociales** de atención al sin hogar y transeúnte en el último año, lo cual es lógico dado el lugar de estudio, albergues para población sin hogar y transeúntes. En la tabla siguientes cuántas personas hicieron uso de cada uno de los recursos sociales y sanitarios más habituales a lo largo de los doce meses previos a la entrevista (*tabla XIV*).

*Tabla XIV. Uso de diferentes servicios socio-sanitarios durante el último año*

	USO DE SERVICIOS ULTIMO AÑO	
	n	%
<b>ALBERGUES</b>	297	88.9
<b>COMEDORES</b>	296	88.6
<b>ROPEROS</b>	167	50
<b>SERVICIOS SOCIALES GENERALES</b>	219	65.6
<b>CÁRITAS</b>	68	20.4
<b>MEDICO GENERAL</b>	154	46.1
<b>URGENCIAS HOSP.</b>	126	37.7
<b>SERVICIOS SALUD MENTAL</b>	58	17.4
<b>OTROS</b>	12	3.6
<b>DE NADIE</b>	3	0.9

(\*) CÁRITAS: No se incluye en este porcentaje los usuarios de Albergues, comedores y/o roperos de Cáritas

(\*\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada variable evaluada

## 6.3 TRANSEUNTISMO / VIDA "SIN HOGAR"

### 6.3.1 TIEMPO SIN HOGAR

Algo más de un tercio de la muestra se encontraba en situación sin hogar desde hacía menos de un año (n= 127). Otro tercio llevaba en esta situación de uno a cinco años (n= 105) y, el tercio restante, más de cinco años (n= 100; de las cuales, 58 personas, lo estaban desde hacía más de diez años sin hogar) (*tabla XV*).

*Tabla XV. Distribución de la muestra según tiempo que llevaban sin hogar*

(años)	TIEMPO SIN HOGAR		
	n	%	% acumulado
< 1 mes	48	14.4	38
1 - 6 m.	39	11.7	
6 - 12 m.	40	12	
1 - 5	105	31.4	31.4
6 - 10	42	12.6	30
11 - 20	44	13.2	
> 20	14	4.2	

Según el **patrón de de carencia de hogar a lo largo de su vida**, elaboramos la siguiente TIPOLOGIA DE CARENIA DE HOGAR:

- *Sin Hogar SITUACIONAL o PUNTUAL* (personas que se encuentran en esa situación por primera vez, desde hace pocas semanas y en relación con una situación reciente crisis familiar, carencia de recursos puntual u otra);
- *Sin Hogar ESPORADICO* (quienes, desde hace más o menos tiempo, se encuentran en esta situación límite esporádicamente: el resto del tiempo poseen recursos económicos suficientes para, por ejemplo, vivir de pensión, o pueden convivir con familiares o amigos de forma más estabilizada que lo que supone tener que vivir en la calle o albergues);
- *Sin Hogar de MEDIA DURACION* (los que se encuentran sin hogar de forma generalmente continuada desde hace menos de 2 años y no son calificados de "puntuales") y
- *Sin Hogar de LARGA DURACION* (personas sin hogar de forma continuada desde hace más de 2 años)

Según estos criterios, distribuimos la población sin hogar estudiada de la siguiente forma (*tabla XVI*):

- SITUACIONALES o PUNTUALES : un quinto del total (n= 72)
- ESPORADICOS : otro quinto (n= 70)
- MEDIA DURACION : casi otro quinto (n= 55), que se encontraba sin hogar desde hacía menos de 2 años y
- LARGA DURACION : los dos quintos restantes (n= 135), sin hogar durante más de 2 años

*Tabla XVI. Tipología según patrón de  
carencia de hogar a lo largo de la vida (N= 334)*

	TIPOLOGIA CARENCIA DE HOGAR	
	n	%
<b>PUNTUAL o SITUACIONAL</b>	72	21.6
<b>ESPORADICO</b>	70	21
<b>MEDIA DURACION ( &lt; 2 años)</b>	55	16.5
<b>LARGA DURACION ( &gt; 2 años)</b>	135	40.4
<b>N.C.</b>	2	0.6

### 6.3.2 ORIGEN DE SU ACTUAL SITUACION

En otra pregunta se exploraba el **motivo** "principal" (aunque se reconocía la coexistencia de varios en dicho origen o con posterioridad) de encontrarse sin hogar y marginado socialmente, según la opinión del propio sujeto (*tabla XVII*).

*Tabla XVII. Motivo principal de encontrarse sin hogar: valoración subjetiva (N= 334)*

	MOTIVO PRINCIPAL	
	n	%
<b>PROBLEMATICA FAMILIA/CONYUGAL</b>	95	28.4
<b>PROBLEMATICA ECONOMIC/LABORAL</b>	157	47
<b>PROBLEMAS ALCOHOL</b>	14	4.2
<b>PROBLEMAS TOXICOMANIAS</b>	32	9.6
<b>PSIQUIATRICO u otro</b>	33	9.9
<b>N.C.</b>	3	0.9

(\*) En los casos que han rechazado participar en alguna de las fases del estudio, esta información ha sido proporcionada por las trabajadoras sociales de la O.I.T., siempre y cuando hubiera suficiente información previa

Sólo el 4 % (n= 14) achacaban el hecho de encontrarse en esta situación límite a problemas con el alcohol. Casi un 10 % (n= 32) reconocían problemas con otras drogas en el origen de su situación. Uno de cada diez (n= 33) se referían a "problemas psiquiátricos" en el origen de su situación actual.

La mayoría, sin embargo, relacionaban su estado con problemas conyugales y/o familiares (28 %; n= 95) y/o económico -laborales (en 157 personas, el 47 %).

Independientemente del origen, al preguntarles sobre la valoración que les merecía el tipo de vida que llevaban en la actualidad, la gran mayoría se mostraban claramente disconformes (el 88 %), si bien un porcentaje de éstos se había ya resignado a su situación (tabla XVIII).

Otras 29 personas (9 %), sin embargo, se mostraron conformes con el tipo de vida marginal que llevaban fruto de una elección personal.

*Tabla XVIII. Valoración subjetiva de las propias condiciones de vida actuales (N= 334)*

	VALORACION VIDA SIN HOGAR		
	n	%	% acumulado
<b>CONFORME, ELECCION PROPIA</b>	29	8.7	8.7
<b>DISCONFORME: BUSCA SOLUCIONES</b>	239	71.6	88
<b>DISCONFORME... PERO RESIGNADO</b>	50	15	
<b>OTRA OPINION</b>	5	1.5	
<b>N.C.</b>	11	3.3	3.3

Antes de encontrarse sin hogar y/o comenzar a tener que sobrevivir marginalmente (transeuntismo, uso de albergues...), un 15 % (n= 51) vivían en regimen de pensión y otro 8 % (n= 28) habían vivido en algún tipo de institución (centro de menores en la mayoría de los casos; cárcel u hospital psiquiátrico en algún otro caso). El resto habían vivido con su propia familia o con los familiares de origen en una gran proporción (*tabla XIX*).

*Tabla XIX. Lugar de alojamiento y de convivencia previamente a encontrarse sin hogar (n= 334)*

	PROCEDENCIA	
	n	%
<b>FAMILIA DE ORIGEN</b>	103	30.8
<b>FAMILIA PROPIA</b>	92	27.5
<b>EN PAREJA</b>	7	2.1
<b>CON OTRAS PERSONAS</b>	11	3.3
<b>EN PENSION</b>	51	15.3
<b>SOLO (EN HOGAR PROPIO)</b>	25	7.5
<b>INSTITUCION</b>	28	8.4
<b>CON OTROS FAMILIARES</b>	12	3.6
<b>N.C.</b>	5	1.5



### 6.3.3 MOVILIDAD GEOGRAFICA

Un dato interesante para la planificación de servicios socio-sanitarios es el patrón de **movilidad geográfica** de este subgrupo de población. Los resultados de este estudio muestran cómo casi la mitad residen en la misma ciudad de Gijón (un 45 % pasaron la mayor parte del último año en dicha ciudad y el 38 % residen siempre en ella).

Otro 46 % se ajustarían más bien a un patrón de vida sin hogar más cercano al transeúnte tradicional, recorriendo toda España o rutas más o menos previstas en busca de alojamiento, trabajo de temporada u otro medio de subsistencia (*tabla XX*).

*Tabla XX. Movilidad geográfica (N= 334)*

	MOVILIDAD GEOGRAFICA		
	n	%	% acumulado
<b>ASENTAMIENTO GEOGRAFICO ULTIMO AÑO</b>			
<b>GIJON</b>	149	44.6	53
<b>ASTURIAS</b>	28	8.4	
<b>ESPAÑA</b>	153	45.8	45.8
<b>N.C.</b>	4	1.2	1.2
<b>TIEMPO EN GIJON (días)</b>			
<b>&lt; 15</b>	124	37.1	44.9
<b>6 - 15</b>	26	7.8	
<b>&gt; 16</b>	54	16.2	53.9
<b>SIEMPRE EN GIJON</b>	126	37.7	
<b>N.C.</b>	4	1.2	1.2
<b>TRANSEUNTISMO</b>			
<b>NO, SIEMPRE GIJON</b>	148	44.3	44.3
<b>SI, SIN CIRCUITO</b>	140	41.9	54.5
<b>SI, CON CIRCUITO</b>	42	12.6	
<b>N.C.</b>	4	1.2	1.2

En esta investigación definimos "**residente habitual en Gijón**" a aquéllos que contestaron simultáneamente que:

- en los doce meses previos había residido la mayor parte del tiempo en el municipio (contestación (1) en la pregunta 5 del bloque de *Transeuntismo y Vida Sin Hogar* en el cuestionario socio-demográfico: *ver Anexo*),
- que llevaba en Gijón desde hacía tiempo (contestaciones (3) ó (4) a la pregunta 6 del mismo bloque y cuestionario)
- y que no solían cambiar de ciudad en búsqueda de trabajo, alojamiento u otros motivos (contestación (1) a la pregunta 7)

De tal forma diferenciamos un grupo de 140 personas sin hogar "*residentes habituales en Gijón*" (grupo de **RESIDENTES GJON**, en las tablas). Comparativamente estudiados con el resto de población sin hogar (grupo que denominamos **MOVIL**; n= 194), de mayor movilidad geográfica, construimos las siguientes tablas (*tablas XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV y XXVI*).

Ambos grupos se mostraron estadísticamente sin diferencias significativas en cuanto a las siguientes variables:

- sexo (aunque se encontró mayor proporción de mujeres entre el grupo de residentes en Gijón: 14 versus 8 %;  $p= 0.1$ )
- edad promedio,
- estado civil y
- relaciones familiares (*tabla XXI*);
- tiempo que llevaban sin hogar (*tabla XXII*);
- valoración subjetiva de su propia situación y
- necesidad que consideraban prioritaria;
- porcentaje de personas con antecedentes de tratamiento psiquiátrico,

- porcentaje de personas con indicación de tratamiento psiquiátrico actual
- y porcentaje de personas con antecedentes de ideación suicida seria y/o intento/s suicida/s a lo largo de su vida (*tabla XXIV*)

Por su parte, el grupo de "*residentes habituales*" (n= 140) presentaba en conjunto:

- peor estado (subjetivo) de salud,
- así como un mayor tanto por ciento de personas que manifestaron tener alguna enfermedad física crónica (detectada por un médico): 35 versus 23 % (*tabla XXIII*);
- asimismo, un mayor número de personas que debían seguir tratamiento farmacológico por algún problema médico–psiquiátrico serio (58 versus 46 %) (*tabla XXIII*),
- un mejor seguimiento del tratamiento psiquiátrico entre aquéllos a quienes se les había recomendado en el momento actual seguir dicha terapia (42 % lo seguían regularmente, frente a sólo un 15 % en el grupo de más movilidad geográfica: *tabla XXIV*)
- y, finalmente, un mayor tanto por ciento de personas consideradas por las trabajadoras sociales de la O.I.T. como necesitadas de atención médica (e, igualmente, en riesgo físico), necesitadas de atención psiquiátrica (pero no en riesgo psíquico) y por problemas relacionados con el alcohol (*tabla XXV*).

*Tabla XXI. Comparación "residentes habituales en Gijón"  
(n= 140) y resto de población sin hogar (n= 194):  
Datos Socio-Demográficos y de Soporte Social*

	RESIDENTES GIJON		MOVILES		Significación estadística
	n	%	n	%	
SEXO					
VARONES	121	86.4	179	92.3	$\chi^2= 3.38$ (1 g.l.) N.S.
MUJERES	19	13.6	15	7.7	
EDAD (años)					
18 - 29	35	25	47	24.2	$\chi^2= 7.21$ (3 g.l.) N.S.
30 - 49	65	46.4	114	58.8	
50 - 69	38	27.1	30	15.5	
> 70	2	1.4	3	1.5	
EDAD MEDIA	39.9 $\pm$ 10.1		39.9 $\pm$ 12.2		N.S.
ESTADO CIVIL					
SOLTERO/A	77	55	113	58.2	$\chi^2= 1.64$ (3 g.l.) N.S.
CASADO/A	3	2.1	8	4.1	
VIUDO/A	6	4.3	7	3.6	
SEP./DIVORC.	53	37.9	65	46.4	
RELACION FAMILIARES (último año)					
FRECUENTES	48	34.3	74	38.1	$\chi^2= 0.69$ (1 g.l.) N.S.
RARAS/NULAS	92	65.7	117	60.3	
PAREJA ESTABLE (actualmente)					
CON PAREJA	31	22.1	28	14.4	$\chi^2= 2.34$ (1 g.l.) (N.S.)

(\*) Porcentajes calculados incluyendo los que no contestan a alguna cuestión: diferencia entre los N de cada subgrupo y los valores parciales tabulados en cada casilla. Valores de  $\chi^2$  calculados sin incluir los que no contestan

*Tabla XXII. Comparación "residentes habituales en Gijón"  
(n= 140) con resto población sin hogar (n= 194):  
Transeuntismo y Vida Sin Hogar*

	RESIDENTES GIJON		MOVILES		Significación estadística
	n	%	n	%	
TIEMPO SIN HOGAR (años)					
< 1	52	37.1	75	38.7	$\chi^2= 0.81$ (2 g.l.) N.S.
1 - 5	48	34.3	57	29.4	
> 5	40	28.6	60	30.9	
TIPOLOGIA					
PUNTUAL	32	22.9	40	20.6	$\chi^2= 2.43$ (3 g.l.) N.S.
ESPORADICO	24	17.1	46	23.7	
MEDIA	23	16.4	32	16.5	
LARGA	61	43.6	74	38.1	

(\*) Porcentajes calculados por columnas

*Tabla XXIII. Comparación "residentes habituales en Gijón"  
(n= 140) con resto población sin hogar (n= 194):  
Salud general y uso de Servicios Médicos generales*

	RESIDENTES GIJON		MOVILES		Significación estadística
	n	%	n	%	
ESTADO (SUBJETIVO) DE SALUD (ULTIMO AÑO)					
BUENO	95	64.6	138	76.7	$\chi^2= 6.39$ (2 g.l.) $p< 0.05$
REGULAR	37	25.2	33	18.3	
MALO	15	10.2	9	5	
ENFERMEDAD FISICA SEVERA / CRONICA					
CON ENFD.	49	35	45	23.2	$\chi^2= 10.51$ (1 g.l.) $p< 0.01$
SIN ENFD.	91	65	149	76.8	
NECESIDAD TRATº FARMACOLOGICO					
TRATº (*)	64	45.7	55	28.4	$\chi^2= 10.51$ (1 g.l.) $p< 0.01$
NO TRATº	76	54.3	139	71.6	
CUMPLIMIENTO TRATº FARMACOLOGICO (**)					
REGULAR	35	54.7	21	45.6	$\chi^2= 0.6$ (1 g.l.) N.S.
IRREGULAR o RECHAZA	29	45.3	25	54.4	

(\*) 32 personas en el primer grupo (22.9 % del total) y 34 en el segundo (17.5 %) refirieron haberseles indicado TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO

(\*) CUMPLIMIENTO TRATº FARMACOLOGICO: porcentajes calculados del total de personas sin hogar que requieren tratamiento farmacológico: 64 entre los "residentes habituales en Gijón" y 46 entre el grupo restante

*Tabla XXIV. Comparación "residentes habituales en Gijón"  
(n= 140) con resto población sin hogar (n= 194):  
Salud mental y uso de Servicios de Salud Mental*

	RESIDENTES GLJON		MOVILES		Significación estadística
	n	%	n	%	
IDEACION SUICIDA (a lo largo de la vida) (*)					
IDEACION	18	27.7	24	22.6	N.S.
ACTO/S SUICIDA/S (a lo largo de la vida) (*)					
PARASUICIDIO	12	18.5	18	17	N.S.
TRATAMIENTO PSIQUIATRICO PREVIO					
A.P.TTº.PSIQ.	76	54.3	99	51	N.S.
NECESIDAD TRATº PSIQUIATRICO ACTUAL (**)					
TRATº ACTUAL	53	37.8	69	35.6	N.S.
CUMPLIMIENTO TRATº PSIQUIATRICO (***)					
REGULAR	22	41.5	10	14.5	$\chi^2= 11.02$ (1 g.l.) $p< 0.001$
IRREGULAR o RECHAZA	31	58.5	59	85.5	

(\*) IDEACION / PARASUICIDIO: porcentajes calculados del total de aquéllos a quienes se les entrevistó con el CIDI/Entrevista Psiquiátrica (65 en el primer grupo y 106 en el segundo)

(\*\*) Según autoinforme y/o Fuentes de Información Complementarias

(\*\*\*) Porcentajes calculados sobre el subgrupo que necesita tratamiento psiquiátrico en la actualidad: 53 entre los "residentes en Gijón" y 69 entre el grupo de mayor movilidad geográfica

*Tabla XXV. Comparación "residentes habituales en Gijón"  
(n= 140) con resto de población sin hogar (n= 194):  
Valoración trabajadoras sociales de la O.I.T.*

	<b>RESIDENTES GLJON</b>	<b>MOVILES</b>	<b>Significación estadística</b>
	n (%)	n (%)	(1 g.l.)
<b>AT. MEDICA</b>	21 (15)	11 (5.7)	$\chi^2= 8.16$ $p< 0.01$
<b>AT. PSIQUIATR</b>	49 (35)	53 (27.3)	N.S.
<b>AT. SOCIAL</b>	74 (52.9)	118 (60.8)	N.S.
<b>AT. ALCOHOL</b>	30 (21.4)	21 (10.8)	$\chi^2= 7.06$ $p< 0.01$
<b>AT. DROGAS</b>	16 (11.4)	21 (10.8)	N.S.
<b>Riesgo SUICIDA</b>	12 (8.6)	11 (5.7)	N.S.
<b>HETEROAGRES</b>	23 (16.4)	16 (8.2)	$\chi^2= 5.27$ $p< 0.05$
<b>INCAPAZ AUTOCUIDADO</b>	7 (5)	9 (4.6)	N.S.
<b>Riesgo FISICO</b>	14 (10)	3 (1.5)	$\chi^2= 12.02$ $p< 0.001$
<b>Riesg PSQUICO</b>	31 (22.1)	37 (19.1)	N.S.



#### 6.3.4 EL DÍA A DÍA EN LA CALLE

Incluso cuando la meteorología es adversa (lluvia, frío, etc...) un tercio (n= 100) de las personas entrevistadas admitieron tener que **dormir a la intemperie** o en refugios no acogedores (casas abandonadas o en construcción – ver Anexo "*La Voz de Asturias*" 1 Agosto 1993 –, portales, coches abandonados, suburbano, ...) más de una semana al mes, como promedio (tabla XXVI).

Estas cifras eran algo superiores durante los meses de verano o con clima benigno, cuando algunas personas sin hogar incluso prefieren dichos refugios "naturales" a ciertos albergues (tabla XXVI).

*Tabla XXVI. Promedio de días que han de dormir a la intemperie o refugios naturales según la climatología (N= 334)*

días / mes	DORMIR EN LA CALLE			
	EN INVIERNO		EN VERANO	
	n	%	n	%
NUNCA	148	44.3	141	42.2
1 – 5	81	24.3	75	22.5
6 – 15	41	12.3	38	11.4
> 16	59	17.7	75	22.5
N.C.	5	1.5	5	1.5

(\*) DORMIR: días al mes que ha de dormir a la intemperie o en refugios naturales (bajo puentes, cuevas, portales...) durante el INVIERNO (o cuando las condiciones climatológicas son adversas: frío, lluvia...) y durante el VERANO (o con clima favorable)

La mayoría se encontraban en posesión de su **D.N.I.** o pasaporte (aunque dicha documentación no era solicitada para acceder a ninguno de los servicios de la O.I.T. ni en la presente investigación). Sin embargo, uno de cada cuatro (n= 75) carecía de **cartilla sanitaria** en regla (de la Seguridad Social u otra) (*tabla XXVII*).

*Tabla XXVII. Documentación personal (N= 334)*

	<b>DOCUMENTACION PERSONAL</b>	
	n	%
<b>D. N. I.</b>	289	86.5
<b>CARTILLA SANITARIA</b>	255	76.3
<b>N.C.</b>	4	1.2

(\*) Porcentajes calculados por filas. Se incluyen en la tabla sólo las contestaciones afirmativas a cada cuestión

Uno de cada cuatro (n= 98) solía recurrir habitualmente a la petición de **limosna** para tratar de cubrir sus necesidades económicas más básicas. Otro 26 % (n= 88) seguía tal práctica esporádicamente. A pesar de sus dificultades económicas y de subsistencia extremas, un 45 % (n= 151) declaró que nunca había pedido ni pedirían limosna (*tabla XXVIII*).

*Tabla XXVIII. Limosna (N= 334)*

	<b>LIMOSNA</b>	
	n	%
<b>HABITUALMENTE</b>	89	26.7
<b>ESPORADICAMENTE</b>	88	26.3
<b>NUNCA</b>	151	45.2
<b>N.C.</b>	6	1.8

Aunque actualmente está prohibida dicha práctica, 28 personas tuvieron que vender parte de su propia **sangre** en alguna ocasión de su vida marginal como forma de obtener recursos económicos (*tabla XXIX*).

*Tabla XXIX. Venta de propia sangre  
(encontrándose sin hogar) (N= 334)*

	VENTA DE SANGRE	
	n	%
SI	28	8.4
NO	300	89.8
N.C.	6	1.8

Un tercio (n= 118) habían tenido **problemas judiciales** durante el tiempo que llevaban sin hogar. Uno de cada cuatro (n= 85), del conjunto de la muestra, había sido **encarcelado** durante dicho periodo (*tabla XXX*). No se preguntó el motivo de dichos problemas con la Ley, el número de veces que había estado en la cárcel ni el tiempo de condena.

En cuanto a la criminalidad que sufren las propias personas que se hallan en esta situación de indigencia y marginación, uno de cada tres (n= 109) reconocieron haber sido **robados** en los doce meses previos y uno de cada cuatro (n= 67) fueron **agredidos físicamente** durante ese periodo (*tabla XXX*). No se preguntó a las mujeres sin hogar por posibles agresiones sexuales.

Tabla XXX. Otras variables de la vida marginal (N= 334)

	VIDA EN LA CALLE	
	n	%
<b>PROBLEMAS JUDICIALES (*)</b>		
JUICIO/S	118	35.3
<b>ENCARCELAMIENTO (*)</b>		
CARCEL	85	24.4
<b>ROBADO/A EN EL ULTIMO AÑO</b>		
ROBADO/A	109	32.6
<b>AGREDIDO/A EN EL ULTIMO AÑO</b>		
AGREDIDO/A	67	20.1

(\*) Unicamente se valoran los acaecidos encontrándose sin hogar

(\*\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada variable evaluada. Sólo se incluyen los valores afirmativos a cada cuestión

Al preguntar qué necesidad personal juzgaban los propios entrevistados, en el momento actual y para sí mismos, como principal o prioritaria, casi la mitad (n= 154) contestaron "**trabajo**". Casi otro 20 % (n= 62) respondieron "**vivienda**" y un 11 % (n= 36) adicional "**recursos económicos**".

Sólo 8 personas (2.4 %) se refirieron a la necesidad de **atención psicológica o psiquiátrica** como prioritaria. Asimismo, sólo 11 personas (3.3 %) priorizaron la **ayuda por sus problemas relacionados con el alcohol** y 10 (3 %) por un problemas de otras **toxicomanías** (tabla XXXI).

*Tabla XXXI. Valoración subjetiva de la  
necesidad prioritaria en el momento actual*

	NECESIDAD PRIORITARIA ACTUAL	
	n	%
<b>TRABAJO</b>	154	46.1
<b>VIVIENDA</b>	62	18.6
<b>RECURSOS ECONOMICOS</b>	36	10.8
<b>ALBERGUE, COMEDOR</b>	17	5
<b>TRATº ALCOHOLISMO</b>	11	3.3
<b>TRATº TOXICOMANIAS</b>	10	3
<b>COMPañIA</b>	9	2.7
<b>ATENCION PSIQUIAT.</b>	8	2.4
<b>ATENCION MEDICA</b>	5	1.5
<b>N.C.</b>	22	6.7

Ninguna de las personas que, según el autoinforme y/o fuentes de información complementarias, presentaban en el momento actual un trastorno esquizofrénico, dependencia al alcohol y/u otras drogas, priorizó como necesidad principal el tratamiento en salud mental.

## 6.4 USO DE SERVICIOS MEDICOS

### 6.4.1 PROBLEMAS DE SALUD (FISICA) ACTUALES

Según el autoinforme, una cuarta parte de la muestra de estudio señalaron padecer una **enfermedad física crónica y/o severa**, diagnosticada por un médico en algún momento de su evolución (*tabla XXXII*).

*Tabla XXXII. Salud general: enfermedad física severa y/o crónica diagnosticada por un médico*

	ENFERMEDAD FISICA CRONICA		
	n	%	% acumulado
<b>CARDIO-VASCULAR</b>	6	1.8	26.6 (***)
<b>RESPIRATORIA (*)</b>	21	6.3	
<b>DIGESTIVA</b>	19	5.7	
<b>AP. LOCOMOTOR</b>	9	2.7	
<b>NEUROLOGICA</b>	9	2.7	
<b>VIH / SIDA (**)</b>	15	4.5	
<b>OTRAS</b>	10	3	71.6
<b>SIN ENFERMEDAD CRONICA</b>	239	71.6	
<b>N.C.</b>	6	1.8	1.8

(\*) RESPIRATORIA: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y/o Tuberculosis Pulmonar

(\*\*) VIH / SIDA: Incluye sólo los casos confirmados serológicamente

(\*\*\*) 89 personas CON ENFERMEDAD FISICA CRONICA

El 6.3 % (n= 21) de la muestra presentaban enfermedades del aparato respiratorio (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en su mayoría). 10 de éstos declararon tener un proceso tuberculoso activo, motivo por el que se les había recomendado tomar tratamiento farmacológico durante 6–9 meses o más.

La **valoración subjetiva del propio estado de salud** actual era de "bueno" en el 70 % de los casos (n= 233) y "malo" en 24 personas (7 %) (*tabla XXXIII*).

*Tabla XXXIII. Valoración (subjetiva) del propio estado de salud en el último año (N= 334)*

	ESTADO DE SALUD	
	n	%
<b>BUENO</b>	233	69.8
<b>REGULAR</b>	70	21
<b>MALO</b>	24	7.2
<b>N.C.</b>	7	2.1

De las personas sin hogar entrevistadas, 15 reconocieron ser **VIH positivos** (4.5 %), confirmado en todos los casos a través de serología previa. Tres de ellos eran mujeres. La edad media de este grupo de seropositivos fue de 29.7 años (D.S.  $\pm$  7.34).

Habían desarrollado SIDA cuatro de ellos (casos que aportaron informes médicos donde constaba el diagnóstico clínico de SIDA; en una ocasión, Grado IV–Terminal).

Tres de este grupo presentaban tuberculosis pulmonar activa, por la que se les había recomendado tratamiento tuberculostático (el cual sólo uno de los tres seguía con regularidad).

Otros datos en relación a este grupo de seropositivos fueron los siguientes:

- Todos ellos tenían un diagnóstico previo y/o actual de Dependencia a Sustancias Psicoactivas (en general, con un patrón de consumo de varias de estas sustancias simultánea o alternativamente);
- 12 de los cuales mantenían dicha dependencia en el momento actual, motivo por el cual se les había recomendado tratamiento médico:
  - 5 lo seguían de forma regular (2 en la Unidad de Tratamiento de Toxicomanías de su área sanitaria, dos en su Centro de Salud Mental y otro con su médico de atención primaria),
  - otros 5 seguían de forma irregular el tratamiento
  - y los dos restantes rechazaban toda ayuda terapéutica;
- A pesar de reconocer su condición de seropositivos, 4 de estas 15 personas continuaban practicando conductas de riesgo para la transmisión por vía sexual o parenteral de agentes infecto-contagiosos como el VIH o el virus de la Hepatitis B. Otros 8, sin embargo, cumplían las medidas preventivas habitualmente recomendadas para este tipo de infecciones
- Finalmente, en cuanto a la valoración subjetiva de su estado de salud, 7 lo calificaron como "bueno", 2 como "regular" y, los 5 restantes, como "malo"

Ocho personas más, todas ellas con prácticas habituales de riesgo para el contagio del VIH según reconocieron en el autoinforme, declararon expresamente *"ignorar o rechazar (conscientemente) la posibilidad de conocer su posible (en algunos casos, más que probable) estado de portadores del VIH"*.

De estos posibles/probables VIH (+) – no confirmados serológicamente – , tres habían sido o estaban siendo tratados por un proceso esquizofrénico; una de estas personas,



además, decía durante la entrevista "estar embarazada de cinco meses", como reseñamos brevemente en la Discusión de este trabajo.

De las 34 mujeres participantes en este estudio, tres (un 9 %) refirieron encontrarse **embarazadas**:

- una joven de 32 años, en su quinto mes de embarazo (sin hogar esporádica; sin pareja estable ni relaciones familiares; diagnosticada de esquizofrenia, con seguimiento del tratamiento psicofarmacológico pautado irregular o nulo) ,
- una mujer de 31 años, embarazada de cuatro meses (sin hogar situacional; acompañada de su compañero, también marginal)
- y una joven de 20 años, gestante de siete meses (en la calle desde hacía más de medio año en compañía de su pareja)

#### 6.4.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MEDICO PAUTADO

En conjunto, a uno de cada tres (n= 113) se le había recomendado seguir algún tipo de **tratamiento farmacológico** por problemas médico-psiquiátricos crónicos y/o severos. En el 20 % de estos casos (n= 66), dicho tratamiento era psicofarmacológico.

De las 113 personas que informaron habérseles pautado un tratamiento farmacológico por los motivos arriba mencionados (incluyendo trastornos psiquiátricos):

- la mitad lo seguían regularmente (n= 57);
- un 15 % lo rechazaba (n= 17)
- y el resto (n= 39) lo seguía con irregularidad o de forma inadecuada (*tabla XXXIV*)

*Tabla XXXIV. Cumplimiento del tratamiento, según grupo farmacológico indicado (N=113)*

	REGULAR, ADECUADO n (%)	IRREGULAR	RECHAZA
		IRREGULAR o NULO n (%)	
FARM. CARDIO- VASCULARES	4 (66.6)	1 (16.6)	1 (16.6)
		2 (33.3)	
BRONCODILTD y/o ANTI-TBC	12 (80)	3 (20)	-
		3 (20)	
PSICO- FARMACOS	27 (41)	28 (42.4)	11 (16.6)
		39 (59)	
OTROS FARMACOS	14 (53.8)	7 (26.9)	5 (19.2)
		12 (46.2)	
TOTAL	57 (50.4)	39 (34.6)	17 (15)
		56 (49.6)	

$$\chi^2 = 7.73 \text{ (6 g.l.) N.S.}$$

Desglosando por grupos de fármacos, el **psicofarmacológico** fue el que mayor porcentaje de las 66 personas a las que se les había recomendado dicho tratamiento lo seguían irregularmente (42 %) o lo rechazaban (un 17 % adicional) (*tabla XXXIV*).

Ninguna persona de las 15 a las que se le había recomendado un **broncodilatador** o **tuberculostático** rechazaba dicho tratamiento, si bien un 20 % (n= 3) lo seguían con irregularidad.

#### 6.4.3 USO DE SERVICIOS MEDICOS

Del conjunto (N= 334), en torno al 40 % (n= 131) habían acudido a un médico en una o más ocasiones a lo largo de los doce meses previos a la entrevista. Uno de cada tres (n= 103) había sido atendido en Urgencias médicas y un 16 % (n= 54) habían sido hospitalizados por motivos médico-quirúrgicos en ese año.

Casi una cuarta parte había sufrido una enfermedad aguda o reagudización de un proceso crónico, traumatismo o cirugía en los doce últimos meses (n= 74). De éstos, durante el mismo periodo, el 76 % (n= 56) habían consultado en una o más ocasiones con algún médico, el 69 % (n= 51) habían sido atendidos en una o más ocasiones en algún servicio de Urgencias médicas y el 53 % (n= 39) fueron hospitalizados (por motivos médico-quirúrgicos) (tabla XXXV).

*Tabla XXXV. Uso de servicios médicos no psiquiátricos  
según estado de salud (física) en el último año  
(N= 74 y 24, respectivamente)*

	<b>ENFERMEDAD (ULTIMO AÑO)</b> (N= 74) (%)	<b>MAL ESTADO SALUD (SUBJETIVO)</b> (N= 24) (%)
<b>CONSULTA MEDICO</b>	75.7	87.5
<b>URGENCIAS</b>	68.9	75
<b>HOSPITALIZACION</b>	52.7	75

(\*) Porcentajes calculados independientemente para cada cruce de casillas. En la tabla se incluyen únicamente los valores afirmativos a cada cuestión evaluada

De los 24 que calificaron su estado de salud (física) actual como "malo", sólo tres (12 %) no habían consultado con algún médico en el año previo. Igualmente, de estas 24 personas con mal estado (subjetivo) de salud, un 75 % habían sido atendidos en Urgencias e igual porcentaje en medio hospitalario (*tabla XXXV*).

A continuación aislamos un grupo de 56 personas que, además de haber padecido una enfermedad médica no banal, proceso quirúrgico y/o traumatismo serio en el año previo a la evaluación, debieran tomar algún tipo de tratamiento farmacológico de forma continuada. Según el grupo farmacológico habitual, calculamos cuántos de ellos hicieron uso de los servicios médicos por la enfermedad intercurrente y cuántos no. Así, de las 18 personas que teniendo una enfermedad no acudieron al médico, un tercio eran del grupo de los que seguían tratamiento psicofarmacológico con mayor o menor regularidad. Ninguno de los que debían tomar fármacos cardiovasculares, de tipo broncodilatador o tuberculostáticos dejaron de acudir al médico ante un proceso físico no banal intercurrente (*tabla XXXVI*).

Finalmente, de las tres mujeres que informaron de su **embarazo**, sólo una de ellas – gestante de cuatro meses – había seguido controles médicos periódicos a pesar de su situación sin hogar situacional.

Las otras dos, en su séptimo y quinto mes de embarazo respectivamente, no habían recibido ningún tipo de seguimiento médico hasta el momento. Ambos casos podrían ser considerados, desde el punto de vista obstétrico, como de alto riesgo (con problemas de toxicomanía una y diagnosticada de esquizofrenia la otra, presentaban múltiples carencias básicas, tanto materiales como afectivas).

*Tabla XXXVI. Uso de servicios médicos (no psiquiátricos)  
por parte de aquéllos con una enfermedad el último año,  
según si debían seguir algún  
tratamiento farmacológico habitualmente (N= 74)*

Trat <sup>o</sup> farmacol. habitual	CONSULTA MEDICO n (%)	ATENCION URGENCIAS n (%)	ATENCION HOSPITAL n (%)	SUBTOTAL (*)
<b>SIN TRAT<sup>o</sup> HABITUAL</b>	18 (66.6)	16 (59.3)	12 (44.4)	27
<b>CARDIO VASCULAR</b>	4 (100)	3 (75)	2 (50)	4
<b>BRONCODL ANTI-TBC</b>	9 (100)	7 (77.7)	7 (77.7)	9
<b>PSICO- FARMACOS</b>	15 (71.4)	15 (71.4)	10 (47.6)	21
<b>OTROS FARMACOS</b>	10 (76.9)	10 (76.9)	8 (61.4)	13
ATENDIDOS POR SERV. SANITARIO	56	51	36	74 (***)
NO ATEND. POR SERV. SANITARIO	18	23	38	

(\*) SUBTOTAL: Número de personas de cada subgrupo farmacológico (ordenadas) que presentaron una enfermedad (nueva o reagudización de un proceso crónico) y/o traumatismo serio en el último año

(\*\*) Porcentajes calculados independientemente para cada cruce de variables evaluado

(\*\*\*) N= 74 (personas que declararon haber padecido una enfermedad no banal durante el último año)

## 6.5 EVALUACION PSIQUIATRICA

### (C.I.D.I. / ENTREV. ALTERNATIVA)

A continuación exponemos los datos provenientes de la evaluación psiquiátrica realizada en la segunda fase de este estudio a **170 personas seleccionadas aleatoriamente** de la población que acudió a la O.I.T. entre Mayo de 1992 y Mayo de 1993.

De estas 170 personas (51 % de la muestra estudiada en la primera fase), a quince de ellas hubo de realizársele una entrevista psiquiátrica alternativa en vez de la entrevista estructurada CIDI.

Los motivos por los que se eligió una u otra entrevista estuvieron basados en la conducta y/o actitud del entrevistado (conducta psicótica que imposibilitara o desaconsejara la administración de entrevistas diagnósticos altamente estructurados; intoxicación leve; conducta recelosa u otra que pudiera hacer rechazar o abandonar la evaluación de proponer o continuar la entrevista CIDI).

En algún caso, tras iniciar el CIDI continuamos la evaluación con la entrevista alternativa, debido a uno o varios de los motivos arriba mencionados.

En esta fase de evaluación consideramos sólo diagnósticos en el eje I (DSM-III-R), por lo que excluimos todo el grupo de los Trastornos de la Personalidad. Tampoco incluimos aquellos diagnósticos previamente descartados del CIDI para facilitar la realización de dicha entrevista (*ver Material y Método*) ni los diagnósticos correspondientes a Abuso de Alcohol y Abuso de otras Sustancias Psicoactivas.

En algunas tablas los porcentajes no suman 100 ya que se considera cada diagnóstico individualmente. En otras tablas se recogen asimismo datos de comorbilidad psiquiátrica.

Para facilitar la comparabilidad con el mayor número posible de estudios en *setting* (albergues) y con metodología similar, hemos ordenado los resultados de la evaluación psiquiátrica:

- según cifras de PREVALENCIA PUNTUAL (último mes) y *LIFETIME* (a lo largo de la vida)
- y según CRITERIOS DIAGNOSTICOS, tanto DSM-III R como CIE-10

En la siguiente tabla aclaramos a qué grupos diagnósticos de cada una de las clasificaciones internacionales manejadas en este estudio (DSM-III R y CIE - 10) corresponden los CODIGOS DIAGNOSTICOS reseñados en nuestras tablas (*tabla XXXVII*).



**Tabla XXXVII. CODIGOS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS:**  
*equivalencia con criterios diagnósticos*  
**DSM - III R y CIE - 10**

<b>DSM-III R</b>	<b>CODIGOS DIAGNOSTICOS</b>	<b>CIE - 10</b>
290.x 291.20	<b>DEMENCIA (*)</b>	F 00.x F 1x.73
295.x 297.10 298.90	<b>ESQUIZOFRENIA (**)</b>	F 20.x F 22.x F 25.x
296.x	<b>TRASTORNOS AFECTIVOS</b>	F 30.x F 31.x F 32.x F 33.x
300.x 300.40	<b>TRASTORNOS DE ANSIEDAD</b>	F 40.x F 41.x F 42.x
303.90	<b>DEPENDENCIA DE ALCOHOL</b>	F 10.2
Todos los 304.x0	<b>DEPENDENCIA DROGAS</b>	Todos los F 1x.2 restantes

(\*) DEMENCIA: en los 3 casos detectados en nuestro estudio se trataba muy probablemente de cuadros demenciales inducidos por un consumo de alcohol importante y de larga duración, por lo que se incluyen los códigos de este diagnóstico etiológico (Demencia inducida por Alcohol)

(\*\*) ESQUIZOFRENIA: este código incluye, además de los diferentes subtipos de Esquizofrenia propiamente dicha, otros TRASTORNOS PSICOTICOS (Trastorno Esquizoafectivos y otros), excepto los Trastornos Bipolares (incluidos en TRASTORNOS AFECTIVOS)

(\*\*\*) Los códigos DSM-III R seguidos de una x (p.ej., 295.x) se refieren al diagnóstico principal, sin particularizar en los diferentes subtipos clínicos

(\*\*\*\*) Los códigos diagnósticos CIE - 10 seguidos de una x (p.ej., F 25.x) se refieren al diagnóstico principal, sin particularizar en los diferentes subtipos clínicos

Por tanto, los grupos diagnósticos principales DSM–III R evaluados en nuestro estudio fueron los siguientes:

**– TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS:**

- \* 290.x (DEMENCIAS ORGANICAS)
- \* 291.20 (DEMENCIA ASOCIADA A ALCOHOLISMO)

**– ESQUIZOFRENIA:**

- \* 295.x (ESQUIZOFRENIA)

**– TRASTORNO DELIRANTE (PARANOIDE):**

- \* 297.10 (TRASTORNO DELIRANTE PARANOIDE)

**– TRASTORNOS PSICOTICOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS**

- \* 295.70 (TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO)
- \* 298.90 (PSICOSIS ATIPICA)

**– TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO:**

- \* 296.x (TRASTORNOS BIPOLARES)
- \* 296.2x (DEPRESION MAYOR Episodio único)
- \* 296.3x (DEPRESION MAYOR Recurrente)

**– TRASTORNOS POR ANSIEDAD:**

- \* 300.x (TRASTORNOS POR ANSIEDAD, incluyendo el código 300.40: DISTIMIA o NEUROSIS DEPRESIVA)

**– TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:**

- \* 303.90 (DEPENDENCIA DE ALCOHOL)
- \* 304.00 (DEPENDENCIA DE OPIACEOS)
- \* 304.01 (DEPENDENCIA DE SEDANTES, HIPNOTICOS o ANSIOLITICOS)

- \* 304.20 (DEPENDENCIA DE COCAINA)
- \* 304.40 (DEPENDENCIA DE ANFETAMINAS)
- \* 304.50 (DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS)
- \* 304.60 (DEPENDENCIA DE INHALANTES)
- \* 304.90 (DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS MULTIPLES)

En cuanto a los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (CIE – 10), los códigos evaluados fueron éstos:

**– TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS:**

- \* F 00.x (DEMENCIAS ORGANICAS)
- \* F 1x.73 (DEMENCIA INDUCIDA POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPICAS)

**– ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS:**

- \* F 20.x (ESQUIZOFRENIA)
- \* F 22.x (TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES)
- \* F 25.x (TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS)

**– TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS):**

- \* F 30.x (EPISOCIO MANIACO)
- \* F 31.x (TRASTORNO BIPOLAR)
- \* F 32.x (EPISODIOS DEPRESIVOS)
- \* F 33.x (TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE)

**– TRASTORNOS NEUROTICOS:**

- \* F 40.x (TRASTORNOS DE ANSIEDAD FOBICA)
- \* F 41.x (OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD)
- \* F 42.x (TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO)

**- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS  
AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS:**

- \* F 10.2 (SINDROME DEPENDENCIA DE ALCOHOL)
- \* F 11.2 (SINDROME DEPENDENCIA DE OPIACEOS)
- \* F 13.2 (SINDROME DEPENDENCIA DE SEDANTES o  
HIPNOTICOS)
- \* F 14.2 (SINDROME DEPENDENCIA DE COCAINA)
- \* F 15.2 (SINDROME DEPENDENCIA DE OTROS ESTIMULANTES)
- \* F 16.2 (SINDROME DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS)
- \* F 18.2 (SINDROME DEPENDENCIA DE DISOLVENTES  
VOLATILES)
- \* F 19.2 (SINDROME DEPENDENCIA DE MULTIPLES DROGAS U  
OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS)

#### 6.6.1 PREVALENCIA ACTUAL (ULTIMO MES)

Los resultados de prevalencia de trastornos psiquiátricos en el último mes se muestran en las *tablas XXXVIII* (valores absolutos) y *XL* (valores relativos).

El diagnóstico de mayor prevalencia en el **momento actual (último mes)** fue el de Dependencia de Alcohol, en ambos sistemas diagnósticos (DSM-III R: 21 %; CIE-10: 19 %).

El segundo en frecuencia fue el de Dependencia de Otras Sustancias Psicoactivas (en general con un patrón de uso de dichas sustancias combinadas), entre 12 % (DSM-III R) y 13 % (CIE-10).

Fueron diagnosticados de Esquizofrenia, según el CIDI o Entrevista Psiquiátrica Alternativa, el 11 % de los casos (n= 18).

Presentaron un diagnóstico actual de Depresión Mayor (Uni o Bipolar), entre el 8 % (13 casos, según el CIE-10) y el 10% (17 casos, según DSM-III R).

Utilizando criterios CIE-10 se diagnosticó de Trastorno Bipolar a una persona y de Trastorno Esquizoafectivo a otras dos. El DSM-III R detectó a otra persona de Trastorno Bipolar (diferente a la anteriormente citada según la CIE-10) y a ninguna con diagnóstico esquizoafectivo.

El 2 % fueron diagnosticados de Trastornos de Ansiedad y el 1.8 % de Demencia (en los 3 casos, junto a un diagnóstico de Dependencia al Alcohol de larga evolución y severidad grave).

Finalmente, en el 50 % de los casos (n= 85) no se encontró ningún diagnóstico psiquiátrico de los evaluados según el DSM-III R. Manejando los criterios CIE-10, fueron 90 (un 53 %) los carentes de diagnóstico psiquiátrico mayor (*tabla XL*).

*Tabla XXXVIII. Evaluación psiquiátrica según  
CIDI o entrevista psiquiátrica alternativa:  
PREVALENCIA ACTUAL (N= 170)*

	DSM-III R (n)		CIE - 10 (n)	
	CIDI	+ E.PSIQ	CIDI	+ E.PSIQ
DEMENCIA	3	3	3	3
ESQUIZOFRENIA	12	18	12	18
TRAST. AFECTIVOS	16	16	14	14
TRAST. ANSIEDAD	4	4	4	4
DEPEND. ALCOHOL	33	36	29	32
DEPEND. DROGAS	20	22	22	24
CON DGT° PSIQ.	75	85	70	80
SIN DGT° PSIQ.	80	85	85	90
N	155	170	155	170

### 6.6.2 ***PREVALENCIA LIFETIME***

Los resultados de prevalencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida se muestran en las *tablas XXXIX* (valores absolutos) y *XLI* (valores relativos).

En cuanto a las cifras de **Prevalencia Lifetime (a lo largo de la vida)**, igualmente fue Dependencia al Alcohol el código más detectado (CIE-10: 19 %; DSM-III R: 24 %), seguido del de Dependencia a Otras Sustancias Psicoactivas (21 %, según ambos criterios).

En el 11 - 12 % se diagnosticó Esquizofrenia (n= 18, según la DSM-III R; n= 20 según la CIE-10).

Episodios de Depresión Mayor en algún periodo a lo largo de la vida fueron encontrados en 26 casos, según la DSM-III R (15 %), y en 24 de acuerdo con la CIE-10 (14 %).

Alguno de los diagnósticos incluidos en el apartado de Trastornos por Ansiedad se detectó, según la DSM-III R, en el 6 % de los casos. Utilizando criterios de la CIE-10, en el 2 %.

Carecían de alguno de los diagnósticos evaluados, el 41 % (n= 70) de la muestra con arreglo a la DSM-III R y el 47 % (n= 78) según la CIE-10 (*tabla XLI*).

*Tabla XXXIX. Evaluación psiquiátrica según  
CIDI o entrevista alternativa:  
PREVALENCIA LIFETIME (N= 170)*

	DSM-III R (n)		CIE - 10 (n)	
	CIDI	+ E.PSIQ	CIDI	+ E.PSIQ
DEMENCIA	3	3	3	3
ESQUIZOFRENIA	13	19	14	20
TRAST. AFECTIVOS	25	26	22	23
TRAST. ANSIEDAD	10	10	6	6
DEPEND. ALCOHOL	38	41	30	33
DEPEND. DROGAS	32	35	33	35
CON DGT* PSIQ.	-	100	-	92
SIN DGT* PSIQ.	-	70	-	78
N	155	170	155	170

En las dos siguientes tablas recogemos el resumen de los datos de prevalencia actual y *lifetime* obtenidos, presentados en valores relativos para cada sistema diagnóstico (tablas XL y XLI).



*Tabla XL. Evaluación psiquiátrica DSM-III R y CIE - 10:  
PREVALENCIA ACTUAL (N= 170)*

	DSM - III R		CIE - 10	
	n	%	n	%
<b>PREVALENCIA ACTUAL</b>	<b>85</b>	<b>50</b>	<b>80</b>	<b>47.1</b>
DEMENCIA	3	1.8	3	1.8
ESQUIZOFRENIA	18	10.6	18	10.6
TRAST. AFECTIVOS	16	9.4	14	8.2
TRAST. ANSIEDAD	4	2.4	4	2.4
DEPEND. ALCOHOL	36	21.2	32	18.8
DEPEND. DROGAS	22	12.9	24	14.1
<b>SIN DGT* ACTUAL</b>	<b>85</b>	<b>50</b>	<b>90</b>	<b>52.9</b>

*Tabla XLI. Evaluación psiquiátrica DSM-III R y CIE - 10:  
PREVALENCIA LIFETIME (N= 170)*

	DSM - III R		CIE - 10	
	n	%	n	%
<b>PREVALENCIA LIFETIME</b>	<b>100</b>	<b>58.8</b>	<b>92</b>	<b>54.1</b>
DEMENCIA	3	1.8	3	1.8
ESQUIZOFRENIA	18	10.6	20	11.8
TRAST. AFECTIVOS	27	15.9	23	13.5
TRAST. ANSIEDAD	7	4.1	6	3.5
DEPEND. ALCOHOL	40	23.5	33	19.4
DEPEND. DROGAS	36	21.2	35	20.6
<b>SIN DGT* PSIQ. LIFETIME</b>	<b>70</b>	<b>41.2</b>	<b>78</b>	<b>46.5</b>

### 6.6.3 **DIAGNOSTICO DUAL (ULTIMO MES)**

Analizamos en este apartado el grupo de personas sin hogar diagnosticadas simultáneamente de un trastorno psiquiátrico severo y/o crónico y de un trastorno por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

De las 36 personas diagnosticadas de Dependencia al Alcohol, un tercio presentaban asimismo criterios DSM-III R de un trastorno psiquiátrico mayor adicional:

- Demencia severa, secundaria al Alcoholismo, en tres casos;
- Esquizofrenia, en cinco;
- Depresión mayor, en otros dos casos;
- Dependencia a otras Sustancias Psicoactivas, en dos
- y Trastorno por Ansiedad, en otro

Las calificadas como dependientes a otras sustancias psicoactivas según DSM-III R fueron 21, de las que seis casos se pudo realizar un diagnóstico dual en el presente:

- dos toxicómanos estaban diagnosticados de Esquizofrenia;
- dos de Depresión mayor
- y los dos restantes, como hemos dicho antes, de Dependencia al Alcohol

## 6.6 USO DE SERVICIOS PSIQUIATRICOS Y DE SALUD MENTAL

### 6.6.1 ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO PSIQUIATRICO

En este apartado partiremos de los datos proporcionados por las propias personas entrevistadas. Dicha información fue posteriormente contrastada, cuando ello fue posible, con las diversas Fuentes de Información Complementarias descritas con anterioridad.

Un total de 176 personas, el 53 % de la muestra de estudio, reconoció haber seguido alguna modalidad de **tratamiento psiquiátrico a lo largo de su vida**, ya sea con un médico general o con especialistas en salud mental (psiquiatra o psicólogo clínico) (*tabla XLII*).

En el 16 % (n= 52) fue el Alcoholismo la razón principal de dicho tratamiento. En el 20 % (n= 65), Dependencia de otras drogas.

Un diagnóstico de Esquizofrenia fue el motivo de tratamiento en el 9 % de los casos (n= 30), Trastornos por Ansiedad en el 7 % (n= 23), Trastornos Afectivos (unipolares o bipolares) en el 5 % (n= 18) y Trastornos de Personalidad diversos, en otro 4 % (n= 14) (*tabla XLII*).

*Tabla XLII. Antecedentes de tratamiento psiquiátrico  
y motivo principal de dicho tratamiento (N= 334)*

	A.P. TRATº PSIQUIATRICO		
	n	%	% acumulado
<b>TRAST. ANSIEDAD</b>	23	6.9	52.7 (*)
<b>TRAST. AFECTIVOS</b>	18	5.4	
<b>T. PERSONALIDAD</b>	14	4.2	
<b>ESQUIZOFRENIA</b>	30	9	
<b>DEPEND. ALCOHOL</b>	52	15.6	
<b>DEPEND. DROGAS</b>	65	19.5	
<b>OTROS o NO ESPECIFICA</b>	11	3.3	45.5
<b>SIN A.P. TRATº PSIQUIATRICO</b>	152	45.5	
<b>N.C.</b>	6	1.8	1.8

(\*) Este porcentaje corresponde a las 176 personas que declararon A.P. de tratamiento psiquiátrico a lo largo de la vida. Dado que existían frecuentes casos de comorbilidad psiquiátrica, no es la suma de los tantos por ciento recogidos en la columna a la izquierda de ésta

En cuanto al lugar donde dicho tratamiento psiquiátrico fue llevado a cabo (tabla XLIII), un 22 % fueron **hospitalizados** en algún momento de su evolución (en total, 74 personas). No se preguntaron motivos específicos de cada una de las posibles hospitalizaciones ni duración de las mismas.

*Tabla XLIII. Lugar donde fue llevado a cabo  
dicho tratamiento psiquiátrico previo  
(N= 176 personas con A.P. Tratº Psiquiátrico)*

	LUGAR TRATº PSIQUIATRICO		
	n	%	% acumulado
<b>MEDICO GENERAL</b>	81	46	46
<b>AMBULATORIO PUBLICO</b>	94	53.4	29.9 (*)
<b>AMBULATORIO PRIVADO</b>	22	12.5	
<b>ESPECIFICOS TOXICOMANIAS</b>	27	15.3	15.3
<b>HOSPITALIZACION PUBLICA</b>	67	38.1	22.2 (**)
<b>HOSPITALIZACION PRIVADA</b>	12	3.6	

(\*) Porcentaje de personas con A.P. de tratamiento psiquiátrico en el MEDIO AMBULATORIO, ya sea público o privado (n= 100). No es la suma de ambos subtotaes reseñados en la columna a su izquierda, ya que algunas personas consultaron a la vez en centros públicos y consultas privadas

(\*\*) Porcentaje de personas con A.P. de tratamiento psiquiátrico en el MEDIO HOSPITALARIO, ya sea público o privado (n= 74). Idem

Entre las 170 personas que fueron entrevistadas con el CIDI o entrevista psiquiátrica alternativa, una de cada cuatro refirieron *"haber pensado en suicidarse, en una o más ocasiones, a lo largo de su vida"* (ítem E-30 del CIDI) (tabla XLIV).

30 personas (18 %) llegaron a **intentar suicidarse**, *"en una o más ocasiones, a lo largo de su vida"* (ítem E-31 del CIDI) (tabla XLIV). No se preguntó sobre motivos de dichos actos suicidas ni severidad de los mismos.

*Tabla XLIV. Ideación suicida y acto/s suicida/s a lo largo de la vida (N= 170 personas entrevistadas con el CIDI / Entrevista Psiquiátrica)*

	IDEACION / ACTOS SUICIDAS (a lo largo de la vida)	
	n	%
IDEACION SUICIDA (*)	42	24.7
ACTO/S SUICIDA/S (**)	30	17.6

(\*) IDEACION SUICIDA: cuestión E-30 del Manual del CIDI versión 1.0 (WHO-OMS, 1989): *"¿Alguna vez se ha sentido tan decaído/a, que pensó en suicidarse?"*

(\*\*) ACTO/S SUICIDA/S: cuestión E-31 del Manual del CIDI versión 1.0 (WHO-OMS, 1989): *"¿Alguna vez ha intentado suicidarse?"*

### 6.6.2 **TRATAMIENTO PSIQUIATRICO ACTUAL**

Del total de la muestra, a 122 personas se les había recomendado en la actualidad expresamente iniciar o mantener un **tratamiento psiquiátrico** (37 %). Dicha indicación fue realizada por un médico, psiquiatra o no, en el medio comunitario u hospitalario. Los motivos principales por los que se había indicado tal tratamiento (según autoinforme y/o Fuentes de Información Complementarias) eran los siguientes (*tabla XLV*):

- Dependencia de Sustancias Psicoactivas, excluyendo el Alcohol (9.6 %),
- Dependencia al Alcohol (9 %),
- Esquizofrenia (8.4 %),
- Trastornos Afectivos (2.7 %) y
- Trastornos por Ansiedad (2.4 %)

*Tabla XLV. Indicación de tratamiento psiquiátrico actual (según autoinforme y/o Fuentes Información Complementarias) (N= 334)*

	<b>MOTIVO TRATº PSIQUIATRICO ACTUAL</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>DEPEND. DROGAS</b>	32	9.6
<b>DEPEND. ALCOHOL</b>	30	9
<b>ESQUIZOFRENIA</b>	28	8.4
<b>TRAST. AFECTIVOS</b>	9	2.7
<b>TRAST. ANSIEDAD</b>	8	2.4
<b>OTRO DGTº PSIQ.</b>	4	1.2
<b>NO INDICACION TRATº PSIQ ACTUAL</b>	211	63



En el 5.4 % de los casos el **psicofármaco** principal recomendado era un neuroléptico oral (11 casos) o *depot* (7 casos).

Sólo en otros 7 casos (2.1 %) se trataba de un fármaco específicamente antidepresivo. Ninguno de los entrevistados, entre los que se encontraban dos con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar y otros tres de Trastorno Esquizoafectivo, señaló habersele pautado estabilizadores del ánimo (litio, carbamacepina u otros).

De esas 122 personas a tratamiento psiquiátrico, sólo uno de cada cuatro seguían dicha pauta **con regularidad**. Otro 20 % lo tomaba **irregular** o inadecuadamente y el 53 % restante lo **rechazaba** (*tabla XLVI*).

*Tabla XLVI. Cumplimiento del tratamiento psiquiátrico indicado en el momento actual (N= 122)*

	CUMPLIMIENTO TRATº PSIQ. ACTUAL		
	n	%	% acumulado
<b>REGULAR</b>	32	26.2	26.2
<b>IRREGULAR</b>	25	20.5	73.7
<b>RECHAZA TRATº</b>	65	53.3	
<b>N.C.</b>	7	2.1	2.1

De aquellos que en el pasado había seguido alguna forma de tratamiento psiquiátrico y que en el momento actual lo necesitaban por idéntico diagnóstico, sólo uno de cada cuatro esquizofrénicos lo seguían regularmente (40 % lo rechazaban). El 82 % de los actualmente alcohólicos y el 60 % de los dependientes a otras drogas rechazaban el tratamiento (*tabla XLVII*).

En contraste, el 86 % de los que actualmente requerían tratamiento por Trastornos por Ansiedad y el 63 % de los diagnosticados de Trastornos Afectivos seguían las pautas recomendadas regularmente (tabla XLVII).

*Tabla XLVII. Cumplimiento del tratamiento psiquiátrico según antecedentes terapéuticos por idéntico motivo al actual (N= 327)*

MOTIVO TRATº PSIQ. PREVIO	NECESITAN TRATº ACTUALMENTE CUMPLIMIENTO TRATº ACTUAL (%)			NO NECESITA ACTUALM. (%)
	REGULAR	IRREGULAR	RECHAZA	
<b>T. ANSIED</b>	85.7	–	14.3	69.6
<b>T. AFECTV</b>	62.5	12.5	25	42.9
<b>T. PERSON</b>	36.4	27.3	36.4	21.4
<b>ESQUIZOFR</b>	25	35.7	39.3	6.7
<b>ALCOHOL</b>	4.5	13.6	81.8	36.1
<b>DROGAS</b>	23.5	20.6	55.9	29.2
<b>OTRO DGTº</b>	33.3	–	66.7	72.7
<b>SIN A.P. TRATº PSQ</b>	–	11.1	88.9	94
<b>TOTAL</b>	<b>26.2</b>	<b>20.5</b>	<b>53.3</b>	<b>61.4</b>

Del grupo que rechazaba o seguía irregularmente el tratamiento, en el 20 % señalaban "no necesitarlo" como fundamento de su negativa y en el 39 % lo rechazaban activamente (aún cuando reconocían tener problemas con el alcohol u otras drogas en una alta proporción) (tabla XLVIII).

*Tabla XLVIII. Motivo (subjetivo) aducido para seguir el tratamiento psiquiátrico indicado de forma irregular o nula (N= 90)*

	MOTIVO INCUMPLIMIENTO TRATº PSIQ.	
	n	%
«NO LO NECESITO»	18	20
RECHAZO ACTIVO	35	38.9
MALA ATENCION SERV. SALUD MENTAL	13	14.4
OTRO MOTIVO	24	26.7

En los doce meses previos a la entrevista, un 15 % (n= 51) había consultado, en una o más ocasiones, con un psiquiatra y/o psicólogo clínico. Un 8 % (n= 28) habían sido atendidos en Urgencias de psiquiatría y un 9 % (n= 29) requirieron hospitalización psiquiátrica (tabla XLIX).

*Tabla XLIX. Uso de diferentes recursos de Salud Mental en el último año (N= 334)*

	USO SERVICIOS SALUD MENTAL (último año)	
	n	%
CONSULTA PSIQUIATRA / PSICOLOGO CLINICO	51	15.3
URGENCIAS PSIQUIATRICAS	28	8.4
HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA	29	8.7
N.C.	7	2.1

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes. Sólo constan los que contestaron afirmativamente a cada una de las cuestiones evaluadas

Según el diagnóstico psiquiátrico actual, en la *tabla L* se describe el uso de diversos recursos de salud mental en el último año.

*Tabla L. Uso de servicios psiquiátrico en el último año, según diagnóstico psiquiátrico actual (N= 334)*

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL	CONSULTA PSIQ./PSICOL. n (%) (1)	URGENCIAS PSIQUIATRIA n (%) (2)	HOSPITALIZ. PSIQUIATRICA n (%) (3)
<b>T. ANSIEDAD</b> (n= 8)	4 (50)	–	1 (12.5)
<b>T. AFECTIVOS</b> (n= 9)	6 (66.7)	3 (33.3)	2 (22.2)
<b>T. PERSONALD</b> (n= 13)	6 (55)	4 (33.3)	3 (25)
<b>ESQUIZOFREN</b> (n= 28)	14 (50)	13 (46.4)	12 (42.9)
<b>DEP. ALCOHOL</b> (n= 30)	3 (10)	4 (13.3)	3 (10)
<b>DEP. DROGAS</b> (n= 32)	14 (43.8)	3 (9.4)	4 (12.5)
<b>OTRO DGTº</b> (n= 4)	2 (50)	1 (25)	–
<b>SIN DGTº PSIQ.ACTUAL</b> (n= 211)	2 (0.9)	–	4 (1.9)
TOTAL ATENDIDOS EN CADA RECURSO SALUD MENTAL	51 (15 % de N= 334)	28 (8 % de N= 334)	29 (9 % de N= 334)

(\*) Cada columna ofrece porcentajes de aquéllos que, con el diagnóstico psiquiátrico actual señalado en la primera, acudieron o fueron conducidos a los distintos recursos de salud mental mencionados. 7 no contestaron a ninguna de las tres cuestiones evaluadas

## 6.7 VALORACION DE LA TRABAJADORA SOCIAL DE LA O.I.T.

### 6.7.1 VALORACION GENERAL

Según las trabajadoras sociales de la O.I.T. (ninguna de ellas con formación específica en Salud Mental y todas ellas con amplia experiencia en el trabajo social con personas sin hogar y transeúntes) que entrevistaron en un primer momento a las personas sin hogar de este estudio, un 10 % de éstas requerirían **atención médica urgente** (n= 32) (*tabla LI*).

Casi un tercio (n= 102), necesitarían según su valoración, **atención en Salud Mental** (o descartar psicopatología severa) (*tabla LI*).

Un 15 % (n= 51) precisarían **atención por sus problemas relacionados con el alcohol** y un 11 % adicional (n= 37) por **problemas relacionados con otras Drogas** (*tabla LI*).

*Tabla LI. Valoración general de las trabajadoras sociales de la O.I.T. (N= 334)*

NECESIDAD EVALUADA	VALORACION TRAB. SOCIAL	
	n	%
ATENCION MEDICA	32	9.6
ATENCION SALUD MENTAL	102	30.5
AT. SOCIAL ESPECIFICA	192	57.5
AT. PROBLEMAS ALCOHOL	51	15.3
AT. PROBLEMAS DROGAS	37	11.1

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cuestión evaluada. Sólo respuestas afirmativas

Los porcentajes antes citados pueden solaparse, debido a que algunos de los sin hogar evaluados requerirían, según criterio de dichas trabajadoras sociales, atención por parte de más de un servicio especializado.

Como vemos en la siguiente tabla, la apreciación de necesidad de tratamiento psiquiátrico coincide con las necesidades reales en la mayoría de los diagnósticos, excepto en relación a las personas con problemas de alcohol y de drogas. En estos casos, detectan sólo a algo más de la cuarta parte de los toxicómanos (al 28 %) y a menos de un quinto de los alcohólicos (al 17 %) (tabla LII).

*Tabla LII. Valoración por parte de las Trab. Sociales de la O.I.T. de necesidad de atención psiquiátrica, según diagnóstico psiquiátrico actual (N= 334)*

DGTº PSIQ. ACTUAL	N	% VALORADOS POR T. SOCIAL COMO CASO PSIQ.	
		n	%
<b>SIN DGTº ACTUAL</b>	211	36	17.1
<b>TRAST. ANSIEDAD</b>	8	4	50
<b>TRAST. AFECTIVOS</b>	9	7	77.8
<b>T. PERSONALIDAD</b>	12	11	91.7
<b>ESQUIZOFRENIA</b>	28	26	92.9
<b>DEPEND. ALCOHOL</b>	30	5	16.7
<b>DEPEND. DROGAS</b>	32	9	28.1
<b>OTRO DGTº ACTUAL</b>	4	4	100

Llama la atención cómo las trabajadoras sociales de la O.I.T. coinciden en valorar como necesitados de atención psiquiátrica en la mayoría de los actualmente diagnosticados de Esquizofrenia (26 de 28 casos), pero también de Trastornos de Personalidad (11 de 12 casos).

Por otra parte, el mayor porcentaje de personas necesitadas de evaluación y/o tratamiento en los servicios de salud mental se encontró, conforme a su criterio, entre los sin hogar de larga duración, aunque dicha correlación no alcanzó significación estadística (*tabla LXXVIII*).



### 6.7.2 VALORACION "RIESGO FÍSICO"

Sin embargo, sólo en el 5 % y el 20 % valoraron "riesgo físico" o "psíquico" (respectivamente) en esta muestra de población sin hogar (*tabla LIII*). En *Material y Método* hemos definido dichos conceptos.

A pesar de lo criticable de este dato (principalmente por la subjetividad que supone tal valoración realizada por profesionales no clínicos), creemos que dicha cuestión nos ayuda también a comprender la percepción que de los problemas de salud tienen los profesionales que atienden a la población sin hogar directamente.

*Tabla LIII. Valoración de personas "en riesgo" por parte de las trabajadoras de la O.I.T. (N= 334)*

	VALORACION T. SOCIAL	
	n	%
EN RIESGO FISICO	17	5.1
EN RIESGO PSIQUICO	68	20.4

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada una de las dos variables evaluadas

Lógicamente, las trabajadoras sociales de la O.I.T. detectaron el mayor porcentaje de aquellos que valoraron "en riesgo físico" entre los que a sí mismos calificaron su estado de salud como "malo" durante el último año.

Sin embargo, estas profesionales no detectaron "riesgo físico" en ocho de cada diez de las 24 personas que calificaron su salud como "mala" (*tabla LIV*).

*Tabla LIV. Valoración de riesgo físico  
según valoración subjetiva del estado de salud (N= 327)*

VALORACION SUBJETIVA ESTADO SALUD	VALORACION TRAB. SOCIAL			
	RIESGO FISICO (n= 17)		NO RIESGO FISICO (n= 310)	
	n	%	n	%
<b>BUENO</b> (n= 233)	6	2.6	227	97.4
<b>REGULAR</b> (n= 70)	6	8.6	64	91.4
<b>MALO</b> (n= 24)	5	20.8	19	79.2

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes

$$\chi^2= 14.49 \quad (2 \text{ g.l.}) \quad p< 0.001$$

El grupo diagnóstico donde mejor supieron detectar "riesgo físico" (real) fue entre aquellas personas VIH (+), en especial entre los que habían desarrollado SIDA (tabla LV).

*Tabla LV. Valoración riesgo físico según diagnóstico  
médico actual de enfermedad severa y/o crónica (N= 328)*

ENFERMEDAD ACTUAL		EN RIESGO FISICO	
Diagnóstico médico	n	n	%
<b>CARDIOLOGICA</b>	6	1	16.7
<b>RESPIRATORIA</b>	21	1	4.8
<b>DIGESTIVA</b>	19	2	10.5
<b>AP. LOCOMOTOR</b>	9	1	11.1
<b>NEUROLOGICA</b>	9	1	11.1
<b>VIH (+) / SIDA</b>	15	4	26.6
<b>OTRAS</b>	10	2	20

### 6.7.3 VALORACION "RIESGO PSÍQUICO"

Entre las personas tratadas en algún momento de su vida por Esquizofrenia (información que en la mayoría de los casos desconocían en la O.I.T.) fue donde mayor porcentaje se valoraron como "necesitados de atención psiquiátrica" (en el 90 % de los casos con este diagnóstico) y "en riesgo psíquico" (22 de 30 : casi tres de cada cuatro) (tabla LVI).

*Tabla LVI. Necesidad de atención en salud mental y de riesgo psíquico, según antecedentes de tratamiento psiquiátrico*

A.P. TRATº PSQUIATRICO		ATENCION SALUD MENTAL (%)	RIESGO PSIQUICO (*)
Motivo tratº psiq. previo	n		
<b>TRAST. ANSIEDAD</b>	23	30.4	8.7
<b>TRAST. AFECTIVOS</b>	14	50	14.3
<b>TRAST. PERSONALIDAD</b>	14	78.6	28.6
<b>ESQUIZOFRENIA</b>	30	90	73.3
<b>DEPEND. ALCOHOL</b>	36 (*)	10.8	33.3
<b>DEPEND. OTRAS DROGAS</b>	48 (**)	12.7	31.3
<b>OTRO / NO ESPECIFICA</b>	11	72.7	27.3
<b>SIN A.P. DE TRATº PSQUIATRICO</b>	152	16.7	33.7

(\*) En el 56 % de los casos con antecedentes de tratamiento por ese motivo, las TT.SS. valoraron de nuevo actualmente la necesidad de atención por alcoholismo

(\*\*) En el 58 % de los casos con antecedentes de tratamiento por ese motivo, las TT.SS. valoraron de nuevo actualmente la necesidad de atención por toxicomanías

(\*\*\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada variable evaluada

Las trabajadoras sociales de la O.I.T. encontraron indicios de "riesgo de suicidio" en el periodo actual (basándose en sus conocimientos de las circunstancias personales o manifestaciones de dichos sujetos en el periodo actual o pasado, no en una evaluación clínica de dicho riesgo) en 23 personas, el 7 % del total (tabla LVII).

Por otra parte, de los 102 que dichas profesionales valoraron como "necesitados de atención en salud mental (o descartar psicopatología severa)", 20 presentaban también, según ellas, "riesgo suicida" (tabla LVII).

*Tabla LVII. Valoración de atención en salud mental y riesgo de suicidio, según las TT.SS. de la O.I.T. (N= 334)*

	RIESGO SUICIDIO (n= 23)		NO RIESGO (n= 311)	
	n	%	n	%
<b>AT. SALUD MENTAL</b> (n= 102)	20	19.6	82	80.4
<b>NO AT. SALUD MENT</b> (n= 232)	3	1.3	229	98.7

$$\chi^2= 34.26 \text{ (con corrección de Yates) (1 G.L.) } p< 0.001$$

(\*) Porcentajes calculados por filas

Los mayores porcentajes de "riesgo (actual) de suicidio" se encontraron, según esta valoración, entre las personas con antecedentes de tratamiento por Esquizofrenia (en 5 de 30 : 17 %). Las diferencias encontradas particularizando según el motivo de tratamiento psiquiátrico previo no fueron, sin embargo, estadísticamente significativas para el nivel de confianza elegido (*tabla LVIII*).

Sí que existió significación estadística ( $p < 0.05$ ) al calcular el valor de  $\chi^2$  en una tabla de contingencia con un solo grado de libertad, situada en la parte inferior de la *tabla LVIII* (con / sin A.P. tratamiento psiquiátrico versus con / sin riesgo suicida).

*Tabla LVIII. Valoración de riesgo de suicidio, según motivo de tratamiento psiquiátrico previo (N= 328)*

A.P. TRATº PSIQUIATRICO		RIESGO SUICIDA (n= 23)	
Motivo tratº psiq. previo	n	n	%
TRAST. AFECTIVO	14	2	14.3
TRAST. PERSONALIDAD	14	2	14.3
ESQUIZOFRENIA	30	5	16.7
DEPEND. ALCOHOL	36	1	2.8
DEPEND. OTRAS DROGAS	48	5	10.4
OTRO / NO ESPECIFICA	34	2	5.9
CON A.P. TRATº PSIQ.	176	17	9.7
SIN A.P. TRATº PSIQ.	152	6	3.9

$$\chi^2 = 4.12 \quad (1 \text{ g.l.}) \quad p < 0.05$$

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada motivo de tratamiento psiquiátrico previo

Detectaron los mayores porcentajes de personas con alto "riesgo de heteroagresividad" entre aquellas con tratamiento previo por Esquizofrenia (30 %) y por Trastorno de Personalidad (29 %). Entre los tratados previamente por problemas relacionados con el Alcohol apreciaron riesgo de heteroagresividad en el 19 % de los casos (*tabla LIX*). Recordemos que las trabajadoras sociales desconocían en todo momento cualquier tipo de dato clínico consultado en las Fuentes de Información Complementarias, así como la Valoración Psiquiátrica realizada en la segunda fase del estudio.

En conjunto, las trabajadoras sociales de la O.I.T. valoraron mayor porcentaje de personas con riesgo de heteroagresividad entre aquéllos con antecedentes de tratamiento psiquiátrico (17 versus 6 %;  $p < 0.01$ )

*Tabla LIX. Valoración de "riesgo de heteroagresividad", posible tratº psiquiátrico previo y motivo del mismo (N= 328)*

A.P. TRATº PSIQUIATRICO		RIESGO DE HETEROAGRESIVIDAD (n= 39)	
Motivo tratº psiq. previo	%	n	%
TRAST. AFECTIVO	14	—	—
TRAST. PERSONALIDAD	14	4	28.6
ESQUIZOFRENIA	30	9	30
DEPEND. ALCOHOL	36	7	19.4
DEP. OTRAS DROGAS	48	5	10.4
OTRO / NO ESPECIFICA	34	5	14.7
CON A.P. TRATº PSIQ.	176	30	17
SIN A.P. TRATº PSIQ.	152	9	5.9

$$X^2= 22.65 \quad (5 \text{ g.l.}) \quad p < 0.001$$

$$\chi^2= 9.69 \quad (1 \text{ g.l.}) \quad p < 0.01$$

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes

De este grupo de 39 personas sin hogar que las profesionales de la O.I.T. valoraron como de alto "**riesgo de heteroagresividad**" (12 %), uno de cada cuatro creen que necesitaban asimismo tratamiento por sus problemas relacionados con el alcohol, relación en la que se encontró significación estadística al nivel de  $p < 0.05$  (tabla LX).

*Tabla LX. Valoración de riesgo de heteroagresividad, según necesidad de tratº por problemas relacionados con el alcohol (N= 334)*

	<b>NECESITA TRATº ALCOHOL. (n= 51)</b>		<b>NO ALCOHOLISMO (n= 283)</b>	
	n	%	n	%
<b>RIESGO HETERO- AGRESIVIDAD (n= 39)</b>	11	28.2	28	71.8
<b>NO RIESGO (n= 295)</b>	40	13.6	255	86.4

$\chi^2 = 4.63$  (con corrección de Yates) (1 g.l.)  $p < 0.05$

(\*) Porcentajes calculados por filas

La mayoría de los casos fueron calificados como de capacidad para el **autocuidado** personal "normal para su edad" (en el 92 %), como veremos en páginas siguientes (*tabla LXVII*).

El grupo diagnóstico donde se acumularon un número significativo de personas valoradas como "incapaces crónicas" fue el de Esquizofrenia (casi un tercio fueron clasificadas así) (*tabla LXI*). Como grupo, se encontraron mayor proporción de incapaces entre aquéllos con antecedentes de tratamiento psiquiátrico (8 versus 1 %).

*Tabla LXI. Valoración de capacidad de autocuidado, según motivo de tratamiento psiquiátrico previo (N= 328)*

<b>A.P. TRATº PSQUIATRICO</b>		<b>INCAPAZ AUTOCUIDADO (n= 16)</b>	
Motivo tratº psiq. previo	n	n	%
ESQUIZOFRENIA	30	9	30
DEPEND. ALCOHOL	36	1	2.8
DEP. OTRAS DROGAS	48	1	2.1
OTRO DGTº / N.E.	62	3	4.8
<b>CON A.P. TRATº PSIQ.</b>	176	14	8
<b>SIN A.P. TRATº PSIQ.</b>	152	2	1.3

$$\chi^2= 7.7 \quad (1 \text{ g.l.}) \quad p< 0.01$$

(\*) Porcentajes calculados por filas, para cada motivo de tratº psiquiátrico previo



#### **6.7.4 CAPACIDAD DE DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SEGUN MOTIVO TRATAMIENTO PSIQUIATRICO PREVIO**

La mayoría (27 de 30) de los casos con antecedentes de tratamiento por Esquizofrenia necesitarían tratamiento psiquiátrico en el momento actual, según valoración de las trabajadoras sociales de la O.I.T.

De aquellos 14 casos en los que el motivo de tratamiento previo fue algún problema relacionado con su diagnóstico de Trastorno de Personalidad, once seguirían necesitando en la actualidad, según la misma valoración.

Sin embargo, de los tratados alguna vez en su vida por problemas relacionados con el alcohol, casi un 70 % – según la valoración de estas profesionales – no lo necesitaría en la actualidad.

En relación a los toxicómanos con antecedentes de tratamiento por ese motivo, casi tres cuartos de ellos no lo necesitarían – según ellas – en el momento presente (*tabla LXII*).

Valoraron un mayor porcentaje de personas necesitadas de atención psiquiátrica entre aquéllos con antecedentes de tratamiento psiquiátrico (dato que solían desconocer las TT.SS. de la O.I.T.): 48 % frente a un 11 % entre el grupo sin antecedentes de tratamiento.

*Tabla LXII. Valoración de necesidad de tratº psiquiátrico actual, según motivo tratº psiquiátrico previo (N= 328)*

<b>A.P. TRATº PSIQUIATRICO</b>		<b>NECESIDAD AT. SALUD MENTAL</b>			
Motivo tratº psiq. previo	%	<b>ATENCION</b> (n= 101)		<b>NO</b> (n= 227)	
		n	%	n	%
TRAST. ANSIEDAD	23	7	30.4	16	69.6
TRAST. AFECTIVO	14	7	50	7	50
TRAST. PERSONALIDAD	14	11	78.6	3	21.4
ESQUIZOFRENIA	30	27	90	3	10
DEPEND. ALCOHOL	36	11	30.6	25	69.4
DEP. OTRAS DROGAS	48	13	27.1	35	72.9
OTRO DGTº / N.E.	11	8	72.7	3	27.3
<b>CON A.P. TRATº PSIQ.</b>	176	84	47.7	92	52.3
<b>SIN A.P. TRATº PSIQ.</b>	152	17	11.2	135	88.8

$$\chi^2= 45.56 \quad (1 \text{ g.l.}) \quad p < 0.0001$$

(\*) Porcentajes calculados por filas, independientemente para cada motivo de tratº psiquiátrico previo

#### **6.7.5 CAPACIDAD DE DETECCION DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SEGUN MOTIVO TRATAMIENTO PSIQUIATRICO ACTUAL**

Comparando las valoraciones arriba referidas con los datos aparentemente más cercanos a la situación real (ésto es, los basados en el motivo de tratamiento psiquiátrico actual, cumplan dicha recomendación de tratamiento o no), obtenemos los siguientes resultados (*tabla LXIII*):

- las profesionales de la O.I.T. consideraron necesitados de tratamiento a la mayoría de los casos a los que se les había recomendado tratamiento por Esquizofrenia o Trastornos de Personalidad;
- asimismo coinciden su valoración con la recomendación de tratamiento psiquiátrico en el 78% de los casos cuando se trata del diagnóstico de Trastorno Afectivo;
- sin embargo, apenas coinciden en un quinto de los casos de alcohólicos y en un 28 % de los toxicómanos

En la tabla siguientes se muestran asimismo qué porcentaje de cada grupo diagnóstico actual fueron considerados por las trabajadoras sociales como "en riesgo psíquico" (*tabla LXIII*).

*Tabla LXIII. Valoración de necesidad de atención psiquiátrica y de "riesgo psíquico", según el diagnóstico psiquiátrico actual (N= 333)*

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL		ATENCION SALUD MENTAL (%)	RIESGO PSIQUICO (%)
n	%		
TRAST. ANSIEDAD	8	50	12.5
TRAST. AFECTIVO	9	77.8	33.3
TRAST. PERSONALIDAD	12	91.7	33.3
ESQUIZOFRENIA	28	92.9	75
DEPEND. ALCOHOL	30	16.7	46.7
DEP. OTRAS DROGAS	32	28.1	40.6
OTRO DGT <sup>o</sup>	3	100	100
CON DGT <sup>o</sup> PSIQ. ACTUAL	122	53.3	48.4
SIN DGT <sup>o</sup> PSIQ. ACTUAL	211	17.1	3.8

(\*) Porcentajes calculados por filas, independientemente para cada una de las dos variables evaluada

(\*\*) De aquéllos con diagnóstico actual de DEPENDENCIA AL ALCOHOL, las trabajadoras sociales juzgaron al 76.7 % necesitados de atención específica por sus problemas relacionados con el alcohol

(\*\*\*) De aquéllos con diagnóstico actual de DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, las trabajadoras sociales juzgaron necesitados de atención específica por ese motivo al 75 %

## 6.8 ANALISIS DE LOS RECHAZOS

30 sujetos rechazaron participar en el estudio, ya sea en la fase de Entrevista Social y/o en la de Evaluación Psiquiátrica: un 9 % de la muestra seleccionada de la O.I.T.

Seis de ellos (20 %) fueron mujeres, aunque este hallazgo – en comparación con el porcentaje de mujeres descrito en el conjunto de la muestra – no alcanzó significación estadística para un nivel de  $p < 0.05$  (tabla LXIV).

*Tabla LXIV. Personas que rechazan participar en el estudio de la O.I.T. (N= 30): comparación según sexo con el conjunto de la muestra seleccionada (N= 334)*

	MUESTRA		RECHAZOS	
	n	%	n	%
VARONES	300	89.8	24	80
MUJERES	34	10.8	6	20
TOTAL	334		30	

$\chi^2 = 2.49$  (1 g.l.) (No Significativo)

Dado que ese 9 % de personas que rechazaban la evaluación podrían sesgar los resultados obtenidos, en especial en lo referente a los datos de prevalencia psiquiátrica, tratamos posteriormente de conocer algunos de los posibles motivos de dicho rechazo.

Así, tras realizar la Valoración de Caso las trabajadoras sociales de la O.I.T. (en muchos de los casos dichas trabajadoras sociales conocían previamente a estas personas) y contrastar con las Fuentes de Información Complementarias, calificamos a cada una de estas 30 personas en una de las siguientes categorías (*tabla LXV*):

- CASO PSIQUIATRICO (confirmado con Informe Clínico): 7 (23.3 %)
- PROBABLE CASO PSIQUIATRICO (a falta de Informe Clínico): 6 (20 %)
- NO CASO PSIQUIATRICO: 17 (56.7 %)

Por tanto, un 43 % de dicho grupo (n= 13) podrían considerarse "caso psiquiátrico" (probable o definitivo).

*Tabla LXV. Estimación de prevalencia psiquiátrica entre el grupo de rechazo (N= 30), según sexo*

	CASO PSIQUIATRICO		NO CASO PSIQ.	
	n	(%)	n	(%)
<b>VARONES</b> (n= 24)	9	37.5	15	62.5
<b>MUJERES</b> (n= 6)	4	66.7	2	33.3
<b>TOTAL</b>	13 (43.3)		17 (56.7)	

$\chi^2 = 2.85$  (1 g.l.) (No Significativo)

(\*) Porcentajes calculados por filas

(\*\*) CASO PSIQUIATRICO: suma de los confirmados por informe clínico y los "probables casos psiquiátricos"

Comparamos a continuación dichas cifras con los resultados obtenidos del conjunto de la muestra seleccionada en el estudio (*tabla LXVI*).

*Tabla LXVI. Comparación de prevalencia psiquiátrica entre el grupo de RECHAZOS (N= 30) y el resto de la MUESTRA DE ESTUDIO evaluada con el CIDI/Entrevista Psiquiátrica (N= 170)*

Población de estudio	N	PREVALENCIA PSIQUIATRICA	
		METODO DETECCION	% CASOS PSIQUIATRICO
<b>MUESTRA SELECCIONADA</b> (1ª Fase)	334 (*)	Autoinforme y/o F.I.C.	37
<b>MUESTRA SELECCIONADA</b> (2ª Fase)	170	CIDI o Entrev. Psiqu. Alternativa	47 - 50 (**)
<b>RECHAZOS</b>	30	Valoración Trab. Social O.I.T. y/o F.I.C.	43

(\*) MUESTRA SELECCIONADA: se incluyen también los 30 rechazos

(\*\*) Según DSM-III R o CIE - 10 (respectivamente)

(\*\*\*) F.I.C.: Fuentes de Información Complementarias; C.I.D.I.: *Composite International Diagnostic Interview (core version 1.0)*; O.I.T.: Oficina de Información al Transeúnte de Gijón (Asturias)

Finalmente, comparamos la Valoración de las trabajadoras sociales realizada sobre los componentes del grupo de Rechazo (n= 30) y en el conjunto de la muestra de estudio (*tabla LXVII*). En ninguna de las variables comparadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

*Tabla LXVII. Valoración comparativa de las  
Trabajadoras Sociales de la O.I.T.: RECHAZOS (N= 30)  
versus MUESTRA SELECCIONADA (N= 334)*

	RECHAZOS		MUESTRA	
	n	%	n	%
Necesidad AT. MEDICA	6	20	32	9.6
Necesidad AT. PSIQTR.	10	33.3	102	30.5
AT. SOCIAL Específica	18	60	192	57.5
AT. PROB. ALCOHOL	1	3.3	51	15.3
AT. PROB. DROGAS	3	10	37	11.1
Riesgo SUICIDIO	4	13.3	23	6.9
Riesgo HETEROAGRESIVD.	3	10	39	11.7
AUTOCUIDADO:				
INCAPAZ CRONICO	2	6.6	16	4.8
INCAPAZ PUNTUAL	2	6.6	11	3.3
ADECUADO	26	86.7	307	91.9
ALCOHOL actualmente	1	3.3	73	21.9
DROGAS actualmente	2	6.6	39	11.7
RIESGO FISICO	4	13.3	17	5.1
RIESGO PSIQUICO	9	30	68	20.4
TOTAL	30		334	

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada variable y para uno de los dos grupos evaluados

(\*\*) Sólo se incluyen en esta tabla los valores afirmativos

(\*\*\*) Valores NO SIGNIFICATIVOS de p en todas las variables comparadas ( $\chi^2$ , 1 g.l.,  $p > 0.05$ )



## 6.9 COMPARACION SEGUN SEXO

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al relacionar la variable sexo con las siguientes variables:

- PROFESION (59 % de las mujeres carecían de profesión, frente al 7 % de los varones;  $p < 0.001$ ) (*tabla LXVIII*);
- PAREJA (53 % de las mujeres convivían en pareja, a pesar de encontrarse sin hogar, mientras sólo el 14 % de los varones declararon tener pareja;  $p < 0.001$ ) (*tabla LXVIII*)
- Asimismo, un mayor porcentaje entre las mujeres sin hogar estudiadas manifestaron tener alguna PERSONA DE CONFIANZA (79 versus 53 %,  $p < 0.001$ ) (*tabla LXVIII*)

Entre los varones que manifestaron tener alguna persona de confianza ( $n = 157$ ), en el 50 % de los casos ésta era un familiar o amigo (en el caso de las 27 mujeres con alguna persona de confianza esta proporción era del 26 %). Sin embargo, entre las mujeres la persona de confianza más frecuentemente citada era otro transeúnte o persona sin hogar (41 % versus sólo el 3 % en el caso de los varones).

- Aunque el porcentaje de varones y de mujeres que nunca pedían LIMOSNA era similar, mayor proporción entre las segundas reconocieron seguir esta práctica de subsistencia habitualmente (25 versus 44 %;  $p < 0.04$ ) (*tabla LXIX*)
- y mayor proporción de varones había sido ENCARCELADO, en una o más ocasiones, durante el tiempo que llevaba sin hogar (28 versus 3 %;  $p < 0.001$ ) (*tabla LXIX*)

- En cuanto al uso de servicios sociales y sanitarios, sólo se encontraron diferencias significativas al considerar las consultas a **SERVICIOS DE SALUD MENTAL** en el último año, más habitual entre las mujeres ( $p < 0.001$ ) (tabla LXXI)

*Tabla LXVIII. Datos socio-demográficos y de Soporte Social: análisis comparativo según sexo (N= 332)*

	SEXO		Significación estadística
	VARON n (%)	MUJER n (%)	
ESTADO CIVIL			
SOLTERO / A	175 (58.3)	15 (44.1)	$\chi^2= 6.94$ (3 g.l.) N.S.
CASADO / A	10 (3.3)	1 (2.9)	
VIUDO / A	10 (3.3)	3 (8.8)	
SEPARAD / DIVORCIAD	103 (34.3)	15 (44.1)	
PROFESION			
SIN PROFESION	22 (7.3)	20 (58.8)	$\chi^2= 76.1$ (1 g.l.) $p< 0.001$
PAREJA ESTABLE			
CON PAREJA	41 (13.7)	18 (52.9)	$\chi^2= 32.38$ (1 g.l.) $p< 0.001$
PERSONA DE CONFIANZA			
PERS. CONFIANZA	157 (52.3)	27 (79.4)	$\chi^2= 9.05$ (1 g.l.) $p< 0.01$
FAMILIAR	(50.3)	(25.9)	
AMISTAD, VECINO	(31.8)	(25.9)	
PROFESIONAL SOCIAL/SANIDAD	(7.6)	(3.7)	
RELIGIOSO/A	(7)	(3.7)	
OTRA PERSONA SIN HOGAR	(3.2)	(40.7)	
SIN PERS. CONFIANZA	143 (47.7)	7 (20.6)	

*Tabla LXIX. Transeuntismo y vida sin hogar:  
análisis comparativo según sexo (N= 334)*

	SEXO		Significación estadística
	VARON n (%)	MUJER n (%)	
USO SERVICIOS SANITARIOS (ULTIMO AÑO)			
MEDICO AT.PRIMARIA	135 (45)	19 (56)	N.S.
URGENCIAS HOSPITAL	110 (37)	16 (47)	N.S.
SERV. SALUD MENTAL	44 (55)	14 (41)	p< 0.001
MOVILIDAD GEOGRAFICA			
RESIDENTE GJON	179 (86)	19 (56)	$\chi^2= 3.38$ (1 g.l.) N.S.
MOVIL	121 (14)	15 (44)	
DORMIR EN LA CALLE (VERANO)			
NUNCA	125 (42)	16 (47)	$\chi^2= 3.15$ (1 g.l.) N.S.
> 15 DIAS / MES	70 (23)	5 (15)	
LIMOSNA			
NUNCA	136 (45.3)	15 (44.1)	$\chi^2= 8.08$ (2 g.l.) p= 0.04
SI, HABITUALMENTE	74 (24.7)	15 (44.1)	
SI, ESPORADICAMENTE	84 (28)	4 (11.8)	
ENCARCELAMIENTO (*)			
CARCEL	84 (28)	1 (2.9)	$\chi^2= 11.49$ (1 g.l.) p< 0.001
ROBADO/A EN EL ULTIMO AÑO			
ROBADO / A	95 (31.7)	14 (41.2)	$\chi^2= 1.25$ (1 g.l.) N.S.
AGREDIDO/A EN EL ULTIMO AÑO			
AGREDIDO / A	59 (19.7)	8 (23.5)	$\chi^2= 0.28$ (1 g.l.) N.S.

(\*) Porcentajes calculados por columnas, independientes para cada categoría de la variable SEXO

(\*\*) ENCARCELAMIENTO: exclusivamente durante el tiempo que se encontraba sin hogar

Similar tanto por ciento de varones y de mujeres padecían ENFERMEDADES FISICAS CRONICAS (tabla LXX). La percepción subjetiva del propio ESTADO DE SALUD (físico) era peor entre las mujeres: un 18 % consideraban éste como "malo" (6 % en los varones,  $p < 0.04$ ) (tabla LXX).

Tabla LXX. Estado (subjetivo) de salud y uso de servicios médicos generales: análisis comparativo según sexo (N= 334)

	SEXO		Significación estadística
	VARON n (%)	MUJER n (%)	
ENFD. FISICA SEVERA Y/O CRONICA			
ENFD. FISICA	(28.3)	(26.5)	$\chi^2= 0.79$ (2 g.l.) N.S.
ESTADO (SUBJETIVO) DE SALUD FISICA ULT. AÑO			
BUENO	(69.7)	(70.6)	$\chi^2= 8.09$ (3 g.l.) p= 0.04
REGULAR	(22)	(11.8)	
MALO	(6)	(17.6)	
INDICACION DE TRATº FARMACOLOGICO (*)			
TRATº FARMACOLOGICO	94 (31.3)	19 (55.9)	$\chi^2= 9.48$ (1 g.l.) p< 0.01
CUMPLIMIENTO TRATº FARMACOLOGICO (**)			
REGULAR / ADECUADO	46 (48.9)	11 (57.9)	$\chi^2= 4.28$ (1 g.l.) p< 0.01
IRREGULAR o LO RECHAZA	48 (51.1)	8 (42.1)	

(\*) Indicación de tratamiento con PSICOFARMACOS: en 50 varones (53 % de los que tienen indicación de tratº farmacológico) y 16 mujeres (84 % de las que tienen indicación de tratº farmacológico)

(\*\*) CUMPLIMIENTO TRATº FARMACOLOGICO: considerando sólo aquéllos que tienen indicación de tratº farmacológico (n= 113)

(\*\*\*) Porcentajes calculados por columnas, independientes para cada categoría de la variable SEXO

Una significativa proporción de las mujeres seguían algún tipo de TRATAMIENTO FARMACOLOGICO (56 versus 31 %,  $p < 0,0001$ ), diferencia explicada en gran parte por el alto porcentaje de éstas que habían recibido indicación de PSICOFARMACOS (84 % de las que necesitaban medicación, frente al 53 % en el grupo de los varones) (*tabla LXX*).

En conjunto, las mujeres cumplían de forma más regular o adecuada el tratamiento farmacológico indicado que los varones (58 versus 49 %,  $p < 0.01$ ) (*tabla LXX*).

En cuanto a los ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO PSIQUIATRICO, éste fue más frecuente entre el grupo de las mujeres (77 versus 50 %,  $p < 0.001$ ) (*tabla LXXI*).

Igualmente era significativa la mayor probabilidad de DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL entre ellas (62 versus 34 %,  $p < 0.001$ ). Asimismo, también más probablemente habían acudido a un profesional de la salud mental en el último año (35 versus 13 %;  $p < 0.001$ ) o habían sido hospitalizadas por motivos psiquiátricos (21 versus 7 %;  $p < 0.02$ ) (*tabla LXXI*).

También las mujeres cumplían con más regularidad el tratamiento psiquiátrico indicado: 46 versus 22 % ( $p < 0.05$ ). Entre los varones, un 78 % rechazaban o seguían irregularmente el tratamiento pautado (*tabla LXXI*).

*Tabla LXXI. Salud mental y uso de servicios de salud mental:  
análisis comparativo según sexo (N= 334)*

	SEXO		Significación estadística
	VARON n (%)	MUJER n (%)	
TRATAMIENTO PSIQUIATRICO PREVIO			
A.P. TTº PSIQUIATRICO	150 (50)	26 (77)	$\chi^2= 8.61$ (1 g.l.) $p< 0.01$
INDICACION DE TRATº PSIQUIATRICO ACTUAL			
DGTº PSIQ. ACTUAL	101 (34)	21 (62)	$\chi^2= 10.4$ (1 g.l.) $p< 0.01$
USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (ULTIMO AÑO)			
CONSULTA PSIQ / PSICOL	(13)	(35.3)	$p< 0.001$
URGENCIAS PSIQUIATRIA	(7.3)	(17.6)	N.S.
HOSPITALIZACION PSIQ.	(7.3)	(20.6)	$p= 0.02$
CUMPLIMIENTO TRATº PSIQUIATRICO (*)			
REGULAR o ADECUADO	22 (22)	10 (46)	$\chi^2= 5.12$ (1 g.l.) $p< 0.05$
IRREGULAR o RECHAZA	78 (78)	12 (54)	
IDEAS / ACTOS SUICIDAS A LO LARGO DE LA VIDA			
IDEACION SUICIDA	(22)	(45)	N.S.
PARASUICIDIO	(16)	(30)	N.S.

(\*) CUMPLIMIENTO TTº PSIQUIATRICO: Porcentajes calculados del grupo de aquéllos con indicación del mismo (n= 122)

(\*\*) Porcentajes calculados por columnas, independientes para cada categoría de la variable SEXO

Considerando la VALORACION DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES de la O.I.T., se constataron diferencias significativas sólo en relación a una variable (*tabla LXXII*). En concreto, entre las mujeres juzgaron un mayor tanto por ciento de personas necesitadas de atención en salud mental (50 versus 28 %,  $p < 0.01$ ).

*Tabla LXXII. Valoración trabajadoras sociales O.I.T.: análisis comparativo según sexo (N= 334)*

	SEXO		Significación estadística ( $\chi^2$ con Yates) 1 g.l.
	VARON (%)	MUJER (%)	
ATENCION MEDICA	10	6	$p = 0.6$ N.S.
AT. PSIQUIATRICA	28	50	$\chi^2 = 5.77$ $p < 0.05$
AT. SOCIAL ESPECIFICA	57	62	$p = 0.7$ N.S.
AT. ALCOHOLISMO	17	3	$p = 0.06$ N.S.
AT. DROGAS	11	12	$p = 0.9$ N.S.
RIESGO SUICIDIO	7	9	$p = 0.9$ N.S.
HETEROAGRESIVIDAD	12	6	$p = 0.4$ N.S.
ABUSO ALCOHOL	23	9	$p = 0.08$ N.S.
ABUSO DROGAS	12	12	$p = 0.9$ N.S.
RIESGO FISICO	5	6	$p = 0.9$ N.S.
RIESGO PSIQUICO	20	27	$p = 0.5$ N.S.

(\*) Porcentajes calculados por columnas, independientes para cada categoría de la variable sexo y para cada cuestión evaluada

Para el resto de variables consideradas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

## 6.10 COMPARACION SEGUN TIEMPO SIN HOGAR

En todas las categorías, salvo entre aquellos que llevan más de 20 años sin hogar (donde no hallamos ninguna mujer), la relación varón – mujer fue de 9:1. Entre las 44 personas que se encontraban en esa situación desde hacía más de 10 años, 3 eran mujeres (tabla LXXIII).

*Tabla LXXIII. Distribución según sexo y tiempo de permanencia en situación sin hogar (N= 334)*

TIEMPO SIN HOGAR (meses / años)	VARONES		MUJERES	
	n	%	n	%
< 1 MES	42	87.5	6	12.5
1 – 6 MESES	34	87.2	5	12.8
6 MESES – 1 AÑO	36	90	4	10
1 – 5 AÑOS	93	88.6	12	11.4
> 5 AÑOS	38	90.5	4	9.5
> 10 AÑOS	41	93.2	3	6.8
> 20 AÑOS	14	100	–	–
N.C.	2	100	–	–

$$\chi^2= 3.14 \quad (7 \text{ g.l.}) \quad p= 0.87 \quad (\text{No Significativo})$$

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada categoría de la variable TIEMPO SIN HOGAR



Otros datos socio-demográficos y de soporte social, comparativos entre ambos sexos se muestran en la *tabla LXXIV*, donde hemos clasificado a la población estudiada, según los años que llevaran en situación de indigencia, en tres grupos:

- «HASTA 1 AÑO» (n= 127; 38 % de la muestra)
- «1 - 5 AÑOS» (n= 105; 32 % de la muestra) y
- «MAS 6 AÑOS» (n= 100; 30 % de la muestra seleccionada)

Así, a mayor tiempo sin hogar, las relaciones con familiares o amigos se van haciendo más raras o desaparecen.

La mayoría de las personas entrevistadas que dijeron convivir con pareja estable (sin hogar igualmente) llevaban en situación de indigencia desde hacía menos de 5 años. Sin embargo, un 15 % (n= 9) de éstas se encontraban sin hogar desde hacía entre 5 y 20 años.

Finalmente, encontramos mayor porcentaje de personas que reconocieron sentimientos de soledad conforme aumentaba el tiempo que llevaban sin hogar.

*Tabla LXXIV. Datos socio-demográficos y de soporte social:  
análisis comparativo según tiempo sin hogar (N= 334)*

	TIEMPO SIN HOGAR			Significación estadística
	HASTA 1 AÑO n (%)	1 - 5 AÑOS n (%)	MAS 6 AÑOS n (%)	
SEXO (*)				
VARON	112 (88.2)	93 (88.6)	93 (93)	N= 332 $\chi^2= 1.48$ (2 g.l.) N.S.
MUJER	15 (11.8)	12 (11.4)	7 (7)	
ESTADO CIVIL (*)				
SOLTERO/A	67 (52.8)	62 (59)	60 (60)	N= 331 $\chi^2= 9.59$ (6 g.l.) N.S.
CASADO/A	9 (7.1)	2 (1.9)	-	
VIUDO/A	3 (2.4)	6 (5.7)	4 (4)	
SEP / DIV	48 (37.8)	35 (33.3)	35 (35)	
RELACION CON FAMILIARES (*)				
FRECIENT	58 (45.7)	43 (40.9)	21 (21)	N= 331 $\chi^2= 16.11$ (2 g.l.) $p < 0.001$
RARAS o NULAS	68 (53.5)	62 (59.1)	79 (79)	
PAREJA ESTABLE (**)				
PAREJA	32 (54.2)	18 (30.5)	9 (15.3)	N= 300 $\chi^2= 10.17$ $p < 0.01$
SENTIMIENTOS SOLEDAD (*)				
SOLEDAD	71 (55.9)	61 (58.1)	64 (64)	N= 326 N.S.

(\*) Porcentajes calculados por columnas

(\*\*) Porcentajes calculados por filas

En todas las categorías en que hemos clasificado el tiempo que llevaban sin hogar las personas entrevistadas, la mayor proporción de aquellos que habían recibido tratamiento psiquiátrico lo fueron por problemas de Dependencia a Sustancias Psicoactivas:

- entre los que llevaban menos de 5 años sin hogar, el mayor porcentaje diagnóstico que había justificado dicho tratamiento fue por Dependencia de Heroína, Cocaína u otras sustancias psicoactivas;
- entre los que se encontraban desde hacía más de 5 años sin hogar, el tratamiento psiquiátrico más habitual fue el de Dependencia al Alcohol (*tabla LXXI*)

*Tabla LXXV. A.P. de tratamiento psiquiátrico, según tiempo sin hogar (N= 332)*

	COMPARACION TIEMPO SIN HOGAR		
	HASTA 1 AÑO n (%)	1-5 AÑOS n (%)	MAS 6 AÑOS n (%)
<b>A.P. TRATº PSIQUIATRICO</b>			
TRAST.AFECTIVO	5 (3.9)	6 (5.7)	3 (3)
TRAST. PERSONALIDAD	5 (3.9)	5 (4.8)	4 (4)
ESQUIZOFRENIA	9 (7.1)	8 (7.6)	13 (13)
DEPEND. ALCOHOL	8 (6.3)	11 (10.5)	16 (16)
DEP. OTRAS DROGAS	20 (15.7)	18 (17.1)	10 (10)
OTRO DGTº PSIQ	11 (8.7)	10 (9.5)	13 (13)
<b>A.P. TTº PSIQ.</b>	60 (47.2)	59 (56.2)	61 (61)
<b>SIN A.P. TTº PSIQ.</b>	67 (52.8)	46 (43.8)	39 (39)

$$\chi^2= 4.5 \quad (2 \text{ g.l.}) \quad p < 0.05$$

(\*) Porcentajes calculados por columnas

En cuanto al motivo de tratamiento actual, encontramos mayor proporción de Esquizofrenia conforme aumenta el tiempo sin hogar: un 6 % entre los que llevan menos de 1 mes, 10 % en los que llevan más de 5 años y 14 % si llevaban más de 10 años (*tabla LXXVI*).

Igual patrón encontramos en los actualmente diagnosticados de Dependencia al Alcohol (mayor prevalencia actual entre los de larga duración).

*Tabla LXXVI. Diagnóstico psiquiátrico actual, según tiempo sin hogar (N= 332)*

	TIEMPO SIN HOGAR		
	HASTA 1 AÑO n (%)	1 - 5 AÑOS n (%)	MAS 6 AÑOS n (%)
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL			
TRAST. AFECTIVO	2 (1.6)	6 (5.7)	1 (1)
T.PERSONALIDAD	4 (3.1)	5 (4.8)	3 (3)
ESQUIZOFRENIA	9 (7.1)	7 (6.7)	12 (12)
DEPEND. ALCOHOL	8 (6.3)	10 (9.5)	12 (12)
DEP. OTRAS DROGAS	18 (14.2)	7 (6.7)	7 (7)
OTRO DGT <sup>o</sup>	6 (4.7)	1 (1)	5 (5)
<b>DGT<sup>o</sup> PSIQ. ACTUAL</b>	47 (37)	36 (34.3)	40 (40)
<b>SIN DGT<sup>o</sup> ACTUAL</b>	80 (63)	69 (65.7)	60 (60)

$\chi^2 = 0.94$  (2 g.l.) (No Significativo)

(\*) Porcentajes calculados por columnas

Lo contrario ocurre en relación a problemas de Toxicomanías, donde las mayores cifras de prevalencia fueron encontradas entre aquellos que menos tiempo llevaban sin hogar: 17 % si lo están desde hacía menos de 1 mes, 3 % más de 5 años y 11 % más de 10 años (*tabla LXXVI*).

Por otro lado, al estudiar la relación entre «tiempo sin hogar» y actitud ante el tratamiento psiquiátrico (entre aquéllos a quienes se le había recomendado en el momento actual), comprobamos cómo al aumentar el tiempo sin hogar disminuía el porcentaje de tratamientos seguidos de forma adecuada o regular y se incrementaba el número de los que rechazaban o lo seguían irregularmente (*tabla LXXVII*).

*Tabla LXXVII. Cumplimiento del tratamiento psiquiátrico, según tiempo sin hogar (N= 122 personas con indicación de tratamiento psiquiátrico en la actualidad)*

	TIEMPO SIN HOGAR		
	HASTA 1 AÑO n (%)	1- 5 AÑOS n (%)	MAS 6 AÑOS n (%)
CUMPLIMIENTO TRAT <sup>o</sup> PSIQUIATRICO			
REGULAR o ADECUADO	13	11	8
	28.9	29.7	20
IRREGULAR o RECHAZA	32	26	32
	71.1	70.3	80

$\chi^2 = 0.78$  (2 g.l.) (No Significativo)

(\*) Porcentajes calculados por columnas

En cuanto a la valoración realizada por las trabajadoras sociales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el tiempo sin hogar, excepto que se detectó una mayor proporción de personas necesitadas de atención por toxicomanías entre los que llevaban menos de un año sin hogar (tabla LXXVIII).

*Tabla LXXVIII. Valoración trabajadoras sociales O.I.T., según tiempo sin hogar (N= 334)*

	TIEMPO SIN HOGAR			Significación estadística (2 g.l.)
	HASTA 1 AÑO n (%)	1 - 5 AÑOS N (%)	MAS 6 AÑOS n (%)	
VALORACION TRABAJADORA SOCIAL				
ATENCION PSIQUIAT	33 (26)	30 (28.6)	38 (38)	$\chi^2= 4.41$ N.S.
ATENCION ALCOHOL	13 (10.2)	18 (17.1)	20 (20)	$\chi^2= 4.86$ N.S.
ATENCION DROGAS	19 (15)	11 (10.5)	6 (6)	$\chi^2= 7.67$ p< 0.05
RIESGO SUICIDIO	8 (6.3)	8 (7.6)	7 (7)	$\chi^2= 0.33$ N.S.
PELIGRO-SIDAD	10 (7.9)	14 (13.3)	15 (15)	$\chi^2= 3.39$ N.S.
ABUSO ALCOHOL	21 (16.5)	24 (22.9)	28 (28)	$\chi^2= 4.93$ N.S.
ABUSO DROGAS	20 (15.7)	11 (10.5)	7 (7)	$\chi^2= 7.15$ p< 0.05
RIESGO FISICO	3 (2.4)	9 (8.6)	5 (5)	$\chi^2= 4.69$ N.S.
RIESGO PSIQUICO	20 (15.7)	19 (18.1)	29 (29)	$\chi^2= 7.11$ N.S.

(\*) Porcentajes calculados por filas (sólo se incluyen los valores afirmativos de cada variable evaluada)

## 6.11 COMPARACION SEGUN TIPOLOGIA

Diferenciamos cuatro grupos según el tipo de vida sin hogar:

- «PUNTUAL» (o SITUACIONAL):  $n= 72$  (22 % de la muestra),
- «ESPORADICO»:  $n= 70$  (21 %),
- de «MEDIA DURACION»:  $n= 55$  (17 %) y
- de «LARGA DURACION»:  $n= 135$  (40 % restante)

Existe una mayor proporción de mujeres sin hogar situacionales, aproximadamente un tercio de las mujeres (frente al 21 % de varones), aunque esta distribución no alcanza significación estadística para los valores de confianza que estamos manejando (*tabla LXXIX*).

Otro tercio de las mujeres sin hogar estudiadas fueron clasificadas como de larga duración (el 41 % de los varones se encontraba entre esta tipología) (*tabla LXXIX*).

La mitad de los solteros/as y cuatro de cada diez separados/as o divorciados/as llevan más de dos años sin hogar.

De los 11 casados/as (3 % del total), algo más de la mitad serían sin hogar situacionales (*tabla LXXIX*).

*Tabla LXXIX. Datos socio-demográficos, según patrón de carencia de hogar a lo largo de la vida (N= 334)*

	TIPOLOGIA VIDA SIN HOGAR				Significación estadística
	PUNTUAL n (%)	ESPORAD n (%)	MEDIA n (%)	LARGA n (%)	
SEXO					
VARON	62 (86.1)	65 (92.9)	48 (87.3)	123 (91.9)	N= 332 $\chi^2= 2.38$ (3 g.l.) N.S.
MUJER	10 (13.9)	5 (7.1)	7 (12.7)	12 (8.9)	
ESTADO CIVIL					
SOLTER	36 (18.9)	39 (20.5)	33 (17.4)	81 (42.6)	N= 330 $\chi^2= 9.88$ (3 g.l.) N.S.
CASAD	6 (54.5)	2 (18.2)	2 (18.2)	-	
VIUDO/A	3 (23.1)	-	3 (23.1)	7 (53.8)	
SEP/DIV	27 (21.1)	29 (22.3)	17 (19.3)	45 (37.3)	

(\*) SEXO: Pocerajes calculados por columnas

(\*\*) ESTADO CIVIL: Porcerajes por filas



Las personas sin hogar situacionales mantenían las relaciones familiares en mayor proporción que aquellos de larga duración: 56 % versus 24 %. El 80 % de los que informaron "no tener familia conocida" eran personas sin hogar de larga duración (tabla LXXX).

*Tabla LXXX. Soporte social, según patrón de carencia de hogar a lo largo de la vida (N= 332)*

	TIPOLOGIA VIDA SIN HOGAR				Significación estadística
	PUNTUAL	ESPORAD	MEDIA	LARGA	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
RELACION CON FAMILIARES					
FREC.	40 (55.5)	33 (47.1)	16 (29.1)	33 (24.4)	$\chi^2= 24.37$ (3 g.l.) $p< 0.001$
RARAS o NULAS	32 (44.5)	37 (52.9)	39 (70.9)	102 (75.6)	
SENTIMIENTOS SOLEDAD					
SI	40 (55.5)	39 (55.7)	35 (63.6)	82 (60.7)	$\chi^2= 1.29$ (3 g.l.) N.S.

(\*) Porcentajes calculados por columnas. Sólo se recogen las contestaciones afirmativas

En cuanto al patrón de movilidad geográfica, salvo en las personas esporádicamente sin hogar, el mayor porcentaje de cada tipo había residido la mayor parte del tiempo de los doce meses previos a la entrevista en Gijón. Sólo entre los esporádicos más de la mitad presentaban un patrón de transeuntismo por toda España (*tabla LXXXI*).

*Tabla LXXXI. Movilidad geográfica, según patrón de carencia de hogar a lo largo de la vida (N= 330)*

	TIPOLOGIA VIDA SIN HOGAR				Significación estadística
	PUNTUAL	ESPORAD	MEDIA	LARGA	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
MOVILIDAD GEOGRAFICA					
NO	37	26	25	60	$\chi^2= 16.33$ (6 g.l.) p< 0.05
	(51.4)	(37.1)	(45.5)	(44.4 )	
SI, CON CIRCUIT	30	38	24	48	
	(41.7)	(54.3)	(43.6)	(35.6)	
SI, SIN CIRCUIT	3	6	6	27	
	(4.2)	(8.6)	(10.9)	(20)	

(\*) Porcentajes calculados por columnas

La mayor proporción de los 122 que tenían que dormir más de una semana al mes (como promedio) en la calle durante el invierno (por falta de plazas de albergue o por propia elección) la encontramos entre los de larga duración. Igualmente, de los 41 que han de dormir en la calle más de dos semanas al mes durante el invierno, las tres cuartas partes son de larga duración (sólo el 10 % de estos son "situacionales") (*tabla LXXXII*).

De las 28 personas que hubieron de vender sangre en algún momento de su vida en las calles, el 64 % fueron de larga duración (pero sólo el 13 % de este grupo vendieron sangre) (tabla LXXXII).

*Tabla LXXXII. Otras variables de la vida en la calle, según patrón de carencia de hogar a lo largo de la vida (n= 328)*

	TIPOLOGIA VIDA SIN HOGAR				Significación Estadística
	PUNTUAL n (%)	ESPORAD n (%)	MEDIA n (%)	LARGA n (%)	
DORMIR EN LA CALLE EN INVIERNO					
NUNCA	43 (61.4)	39 (55.7)	20 (36.4)	46 (34.3)	$\chi^2= 41.18$ (6 g.l.) $p< 0.001$
1-15/MES	25 (35.7)	28 (40)	23 (41.8)	46 (34.3)	
> 15/MES	2 (2.9)	3 (4.3)	12 (21.8)	42 (31.3)	
VENTA PROPIA SANGRE					
SANGRE	-	6 (8.6)	4 (7.3)	18 (13.3)	$\chi^2= 5.98$ (3 g.l.) N.S.
LIMOSNA					
NUNCA	46 (63.9)	40 (57.1)	26 (47.3)	39 (28.9)	$\chi^2= 35.68$ (6 g.l.) $p< 0.001$
	17 (23.6)	19 (27.1)	15 (27.3)	37 (27.4)	
LIMOSN	7 (9.7)	10 (14.3)	14 (25.5)	58 (43)	

(\*) Porcentajes calculados por columnas

Cuanto más tiempo en la calle, mayor probabilidad de haber tenido durante ese periodo problemas con la Ley (judiciales e incluso encarcelamiento) (tabla LXXXIII).

*Tabla LXXXIII. Criminalidad entre las personas sin hogar, según patrón de vida en la calle (N= 327)*

	TIPOLOGIA VIDA SIN HOGAR				Significación Estadística (3 g.l.)
	PUNTUAL n (%)	ESPORAD n (%)	MEDIA n (%)	LARGA n (%)	
PROBLEMAS JUDICIALES ESTANDO SIN HOGAR					
JUICIOS (n= 118)	12 (17.1)	24 (34.8)	23 (41.8)	59 (44.3)	$\chi^2= 15.64$ $p< 0.01$
ENCARCELAMIENTO ESTANDO SIN HOGAR					
CARCEL (n= 85)	7 (10)	19 (27.5)	12 (21.8)	47 (35.3)	$\chi^2= 52.1$ $p< 0.001$
ROBADO EN EL ULTIMO AÑO					
ROBADO (n= 109)	22 (31.4)	21 (30.4)	20 (36.4)	46 (34.6)	$\chi^2= 0.72$ N.S.
AGREDIDO EN EL ULTIMO AÑO					
AGRESIO (n= 67)	10 (14.3)	12 (17.4)	10 (18.2)	35 (26.3)	$\chi^2= 3.99$ N.S.

(\*) Porcentajes calculados por columnas de los que contestan afirmativamente en cada variable evaluada

En general, el mayor porcentaje de personas con enfermedad (física) severa y/o crónica se constató entre los de larga duración (*tabla LXXXIV*).

Particularizando por grupos diagnósticos, un total de 18 de las 21 personas que presentaron problemás médicos severos y/o crónicos del Aparato Respiratorio (generalmente, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o Tuberculosis) fueron considerados de larga duración.

De las 15 personas VIH (+) confirmados serológicamente, la mitad eran de larga duración sin hogar, 4 puntuales, 2 de duración media y el restante esporádicamente sin hogar.

*Tabla LXXXIV. Salud (general), según patrón de carencia de hogar a lo largo de la vida (N= 328)*

	TIPOLOGIA VIDA SIN HOGAR			
	PUNTUAL n (%)	ESPORAD n (%)	MEDIA n (%)	LARGA n (%)
ENFERMEDAD FISICA SEVERA / CRONICA				
CON ENFERMEDAD	16 (22.2)	10 (14.3 %)	10 (18.2 %)	52 (38.5 %)
SIN ENFERMEDAD	54 (75)	60 (85.7)	45 (81.8)	81 (60)

$$\chi^2= 18.44 \quad (3 \text{ g.l.}) \quad p < 0.001$$

(\*) Porcentajes calculados por columnas

De los 66 a los que se les había recomendado actualmente un tratamiento psicofarmacológico (*tabla XXXIV*), un tercio fueron clasificados como «de larga duración», un cuarto como «situacionales» y otro cuarto «esporádicos».

En cuanto a la actitud ante el tratamiento pautado (médico o psiquiátrico), las mayores tasas de rechazo o cumplimiento irregular del mismo se encontraron entre las personas sin hogar «puntuales» (o «situacionales»), aunque en todas las tipologías se encontraron cifras promedio en torno al 50 % de personas que cumplían el tratamiento irregularmente o lo rechazaban y las diferencias reseñadas entre los subgrupos no alcanzó significatividad estadística (*tabla LXXXV*).

*Tabla LXXXV. Cumplimiento tratamiento farmacológico, según patrón de carencia de hogar a lo largo de la vida (N= 113 personas con indicación de tratº farmacológico)*

	TIPOLOGIA VIDA SIN HOGAR			
	PUNTUAL n (%)	ESPORAD n (%)	MEDIA n (%)	LARGA n (%)
CUMPLIMIENTO TRATº FARMACOLOGICO				
REGULAR o ADECUADO	9 (40.9)	10 (50)	8 (50)	30 (52.6)
IRREGULAR o INADECUADO	13 (59.1)	10 (50)	8 (50)	25 (45.4)
TOTAL	22	20	16	55

$\chi^2 = 1.1$  (3 g.l.) No Significativo

(\*\*) Porcentajes calculados por columnas

De las 30 personas con tratamiento previo por Esquizofrenia, el 47 % fueron calificados como sin hogar de larga duración (n= 14). De los 36 alcohólicos, el 53 % (n= 19). De los 48 toxicómanos, un tercio serían de larga duración (n= 16), si bien el otro de cada cuatro (n= 13) fueron clasificados como «situacionales» en relación a su carencia de hogar (tabla LXXXVI).

*Tabla LXXXVI. A.P. de tratamiento psiquiátrico, según patrón de carencia de hogar a lo largo de la vida (N= 327)*

A.P. TRATAMIENTO PSIQUIATRICO		TIPOLOGIA VIDA SIN HOGAR			
Dgtº Psq. previo	n	PUNTUAL n (%)	ESPORAD n (%)	MEDIA n (%)	LARGA n (%)
<b>TRAST. AFECTIVO</b>	14	3 (21.4 %)	2 (14.3)	4 (28.6)	5 (35.7)
<b>TRAST. PERSONAL</b>	14	2 (14.3 %)	5 (35.7)	3 (21.4)	4 (28.6)
<b>ESQUIZOFR</b>	30	5 (16.7 %)	8 (26.7)	3 (10.0)	14 (46.7)
<b>DEPEND. ALCOHOL</b>	36	2 (5.6 %)	9 (25.0)	5 (13.9)	19 (52.8)
<b>DEPEND. DROGAS</b>	48	13 (27.1 %)	8 (16.7)	11 (22.9)	16 (33.3)
<b>OTRO / N.E.</b>	34	6 (17.6 %)	7 (20.6)	2 (5.9)	19 (55.9)
<b>CON A.P. TRATº PSIQ. (*)</b>		31 (43.1)	39 (55.7)	28 (50.9)	77 (57)
<b>SIN A.P. TRATº PSIQ. (**)</b>		39 (25.7)	31 (20.4)	27 (17.8)	55 (36.2)
<b>TOTAL</b>		<b>70</b>	<b>70</b>	<b>55</b>	<b>132</b>

(\*) CON A.P. TTº PSIQ. (n= 176): Porcentajes calculados por columnas (según tipologías de carencia de hogar a lo largo de la vida)

(\*\*) SIN A.P. TTº PSIQ. (n= 152): Porcentajes calculados por fila (al igual que en el resto de la tabla)

$\chi^2 = 6.69$  (3 g.l.) No Significativo

De las 170 personas a las que, en la segunda fase del estudio, se les preguntó tanto sobre "ideación suicida a lo largo de la vida" como por "acto/s con intención suicida previo/s" (cuestiones ambas del Manual CIDI version 1.0), la mayor proporción de los que contestaron afirmativamente se encontró entre los sin hogar clasificados como «situacionales» o como «esporádicos» (tabla LXXXVII).

*Tabla LXXXVII. Ideación/acto(s) suicida(s) a lo largo de la vida, según patrón de carencia de hogar (N= 170 personas evaluadas con CIDI / Entrevista psiq. alternativa)*

	TIPOLOGIA VIDA SIN HOGAR			
	PUNTUAL n (%)	ESPORAD n (%)	MEDIA n (%)	LARGA n (%)
<b>IDEACION SUICIDA</b> (n= 42) (1)	10 (27)	12 (30)	8 (24.2)	12 (20)
<b>PARASUICIDIO</b> (n= 30) (2)	7 (18.9)	10 (25)	5 (15.2)	8 (13.3)
<b>TOTAL</b>	37	40	33	60

(\*) Porcentajes calculados por columnas, independientemente para cada una de las dos variable evaluadas. En la tabla sólo se recoge los valores afirmativos a cada una de ellas

(1)  $\chi^2= 1.41$  (3 g.l.) No Significativo

(2)  $\chi^2= 2.44$  (3 g.l.) No Significativo



Entre los que, necesitando tratamiento psiquiátrico actual, lo rechazan o siguen irregularmente, los mayores porcentajes de tal incumplimiento se encuentran en esta muestra de población sin hogar estudiada entre los de «larga duración»: más de la mitad lo rechazan, frente al 15 % de los "situacionales" que adoptan esta actitud (*tabla LXXXVIII*).

*Tabla LXXXVIII. Cumplimiento tratamiento psiquiátrico, según patrón de carencia de hogar a lo largo de la vida (N= 122 personas con indicación de trat<sup>o</sup> psiquiátrico actual)*

	TIPOLOGIA VIDA SIN HOGAR			
	PUNTUAL n (%)	ESPORAD n (%)	MEDIA n (%)	LARGA n (%)
REGULAR o ADECUADO	8 (33.3)	8 (29.6)	5 (26.3)	11 (21.2)
IRREGULAR o LO RECHAZA	16 (66.6)	19 (70.4)	14 (73.7)	41 (78.9)
TOTAL	24	27	19	52

$\chi^2 = 1.48$  (3 g.l.) No Significativo

(\*) Porcentajes calculados por columnas

## 6.12 COMPARACION SEGUN DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL

Dos de cada tres personas diagnosticadas de Trastornos por Ansiedad, Afectivos o de Personalidad fueron varones. Entre las personas diagnosticadas de Esquizofrenia los varones fueron tres de cada cuatro. No se encontró ninguna mujer diagnosticada de Dependencia al Alcohol y sólo un 12 % de mujeres con problemas de otras drogas (*tabla LXXXIX*). Sin embargo, en conjunto, el grupo de mujeres presentaba un porcentaje significativamente mayor de trastornos psiquiátricos que entre los varones (62 versus 34 %).

*Tabla LXXXIX. Diagnóstico psiquiátrico actual,  
según sexo (N= 334)*

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL		SEXO			
		VARON		MUJER	
		n	%	n	%
Dgtº Psiq.	n				
T. ANSIEDAD	8	5	62.5	3	37.5
T. AFECTIVO	9	6	66.7	3	33.3
T. PERSONLD	12	8	66.7	4	33.3
ESQUIZOFRENIA	28	21	75	7	25
DEP. ALCOHOL	30	30	100	–	–
DEP. DROGAS	32	28	87.5	4	12.5
OTRO / N.E.	4	4	100	–	–
CON DGTº PSIQUIATRICO (1)		102	82.9	21	17.1
SIN DGTº PSIQUIATRICO		198	93.8	13	6.2
TOTAL		300		34	

(1)  $\chi^2 = 8.96$  (1 g.l. con Yates)  $p < 0.01$

(2)  $X^2 =$  (1 g.l.)  $p =$  (sin particularizar por diagnóstico actual)

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL

Las personas con trastornos depresivos actuales eran, junto a los toxicómanos, los que en mayor proporción mantenían cierta relación con familiares o amigos (en un 55 % y 41 % respectivamente). El 80 % de los esquizofrénicos no tenían relación con familiares o amigos o estas eran muy esporádicas (*tabla XC*). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas particularizando por diagnóstico (valores de  $p$  para 6 grados de libertad) ni diferenciando entre los que tenían diagnóstico actual ( $n= 122$ ) y los que carecían de él ( $n= 208$ ) (valores de  $p$  para un grado de libertad).

*Tabla XC. Soporte social: relaciones sociales, según diagnóstico psiquiátrico actual (N= 334)*

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL  Dgtº Psiq.	RELACIONES FAMILIA / AMIGOS			
	FRECUENTES		RARAS / NULAS	
	n	%	n	%
TRAST. ANSIEDAD	2	25	6	75
TRAST. AFECTIVO	5	56	4	44
TRAST. PERSONALIDAD	3	25	9	75
ESQUIZOFRENIA	6	21	22	79
DEPEND. ALCOHOL	7	23	23	77
DEPEN. DROGAS	13	41	19	59
OTRO / N.E.	2	50	2	50
CON DGTº PSIQUIATRICO (1)	38	31	85	69
SIN DGTº PSIQUIATRICO	84	40	124	60
TOTAL	122		209	

(1)  $\chi^2= 2.98$  (1 g.l.) No Significativo

(\*) Porcentajes calculados por filas, independientes para cada DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL

La mitad de los toxicómanos entrevistados convivían con una pareja más o menos estable (también sin hogar), condición mucho más inhabitual en otros grupos diagnósticos (tabla XCI).

*Tabla XCI. Pareja estable, según diagnóstico psiquiátrico actual (N= 330)*

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL	PAREJA ESTABLE			
	n	%	n	%
TRAST. ANSIEDAD	1	12	7	88
TRAST. AFECTIVOS	2	22	7	78
T. PERSONALIDAD	4	33	8	67
ESQUIZOFRENIA	2	7	26	93
DEPEND. ALCOHOL	2	7	28	93
DEPEND. DROGAS	15	47	17	53
OTRO / N.E.	-	-	4	100
CON DGT <sup>o</sup> PSIQUIATRICO (1)	26	21	97	79
SIN DGT <sup>o</sup> PSIQUIATRICO	33	16	174	82
TOTAL	59		271	

(1)  $\chi^2 = 1.41$  (1 g.l.) No Significativo

(\*) Porcentajes calculados por filas, independientes para cada DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL

Aproximadamente la mitad o más de personas sin hogar diagnosticadas de cada uno de los trastornos evaluados residieron en los doce meses previos en Gijón. En relación a los esquizofrénicos, el 46 % presentaba un patrón de movilidad geográfica más amplio, por diferentes lugares de España (tabla XCII).

*Tabla XCII. Movilidad geográfica, según diagnóstico psiquiátrico actual (N= 334)*

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL	RESIDENCIA HABITUAL ULTIMO AÑO		
	EN GIJON n (%)	POR ASTURIAS n (%)	POR ESPAÑA n (%)
T. ANSIEDAD	6 (75)	–	2 (25)
T. AFECTIVO	5 (56)	1 (11)	3 (33)
T.PERSONALD	6 (50)	–	6 (50)
ESQUIZOFREN	12 (43)	3 (11)	13 (46)
DEP.ALCOHOL	13 (43)	4 (13)	13 (43)
DEP.DROGAS	15 (47)	5 (16)	12 (37)
OTRO / N.E.	2 (50)	–	2 (50)
CON DGT <sup>o</sup> PSIQUIATRICO (1)	59 (48)	13 (11)	51 (41)
		64 (52)	
SIN DGT <sup>o</sup> PSIQUIATRICO	90 (44)	15 (7)	102 (49)
		117 (56)	
TOTAL	149	28	102

(1)  $\chi^2= 2.36$  (2 g.l.) No Significativo

(\*) Porcentajes calculados por filas, independientes para cada DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL

El mayor porcentaje de los que había presentado problemas judiciales y/o cárcel durante su vida sin hogar estaban diagnosticados de Dependientes a otras Sustancias Psicoactivas. Un significativo número de esquizofrénicos (la mitad de los diagnosticados actualmente como tal) también había tenido uno o más problemas con la Ley durante su vida marginal (*tabla XCIII*).

*Tabla XCIII. Problemas con la Ley encontrándose sin hogar, según diagnóstico psiquiátrico actual (N= 327)*

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL	PROBLEMAS CON LA LEY			
	PROB. JUDICIALES (1) (n= 118)		CARCEL (2) (n= 85)	
	n	%	n	%
T. ANSIEDAD	3	38	1	13
T. AFECTIVO	4	44	3	33
T. PERSON	5	45	—	—
ESQUIZOFRENIA	14	50	8	29
DEPEND. ALCOHOL	9	30	8	27
DEPEND. DROGAS	21	66	17	53
OTRO / N.E	1	25	1	25
CON DGTº PSIQUIATRICO	57	47	38	31
SIN DGTº PSIQUIATRICO	61	30	47	41
TOTAL	118		85	

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL y para cada variable evaluada

(1) PROCESOS JUDICIALES:  $\chi^2= 9.58$  (1 g.l.)  $p< 0.01$

(2) CARCEL:  $\chi^2= 2.69$  (1 g.l.) No Significativo

Considerando la criminalidad que sufren las propias personas sin hogar (*tabla XCIV*), vemos cómo la mitad de las personas diagnosticadas de Esquizofrenia fueron robados en el último año y , uno de cada tres con ese diagnóstico, agredidos físicamente. Las diferencias según la existencia o no de diagnóstico psiquiátrico no fueron estadísticamente significativas.

*Tabla XCIV. Criminalidad que sufren las personas sin hogar, según diagnóstico psiquiátrico actual (N= 327)*

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL	CRIMINALIDAD SOBRE LOS SH (ULT. AÑO)			
	ROBADO (1) (n= 109)		AGREDIDO (2) (n= 67)	
	n	%	n	%
T. ANSIEDAD	2	25	—	—
T. AFECTIVO	4	44	2	22
T. PERSONALIDAD	5	45	4	33
ESQUIZOFRENIA	14	50	9	32
DEPEND. ALCOHOL	10	33	6	20
DEPEND. DROGAS	14	44	12	38
OTRO / N.E.	2	50	2	50
CON DGTº PSIQUIATRICO	51	42	35	29
SIN DGTº PSIQUIATRICO	58	53	32	16
TOTAL	109		67	

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL. Sólo se muestran las contestaciones afirmativas

(1) ROBADO:  $\chi^2= 6.28$  (1 g.l.)  $p< 0.05$

(2) AGREDIDO:  $\chi^2= 8.02$  (1 g.l.)  $p< 0.01$

Entre las personas que portaban algún diagnóstico psiquiátrico de los evaluados en este estudio en el momento actual, se encontraron 44 personas (un 36 %) con diagnóstico de enfermedad física severa y/o crónica previamente diagnosticada por un médico. Entre aquéllos sin diagnóstico psiquiátrico actual la prevalencia de enfermedad física severa y/o crónica fue del 21 % (tabla XCV).

Comparando los diagnósticos psiquiátricos actuales entre sí (tabla XCV), las mayores cifras de comorbilidad con un proceso físico severo y/o crónico fue entre los dependientes al alcohol (53 % de los mismos) y otras drogas (38 %).

*Tabla XCV. Comorbilidad enfermedades físicas y mentales:  
enfermedad física severa y/o crónica, según  
diagnóstico psiquiátrico actual (N= 328)*

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL	ENFERMEDAD FISICA SEVERA / CRONICA			
	ENFERMEDAD FISICA		SIN ENFD. FISICA	
	n	%	n	%
<b>ESQUIZOFRENIA</b>	7	25	21	75
<b>DEPEND. ALCOHOL</b>	16	53	14	47
<b>DEPEND. DROGAS</b>	12	38	20	62
<b>OTRO / N.E.</b>	9	27	24	73
<b>CON DGT<sup>o</sup> PSIQUIATRICO (1)</b>	44	36	79	64
<b>SIN DGT<sup>o</sup> PSIQUIATRICO</b>	44	21	161	79
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>		<b>240</b>	

(1)  $\chi^2 = 8.01$  (1 g.l.)  $p < 0.01$

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL



La distribución según presencia/ausencia de diagnóstico psiquiátrico actual de los 42 casos que refirieron ideación suicida a lo largo de la vida y de los 30 que llegaron a tratar de suicidarse, se recoge en la siguiente tabla (*tabla XCVI*).

*Tabla XCVI. Ideación / acto(s) suicida(s),  
según diagnóstico psiquiátrico actual  
(N= 170 personas evaluadas con CIDI / E. Psiq. alternativa)*

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL	IDEACION / ACTO(s) SUICIDA(s)			
	IDEACION SUICIDA		PARASUICIDIO	
	n	%	n	%
<b>T. AFECTIVO</b>	6	85.7	4	57.1
<b>T. PERSONALD</b>	3	60	3	60
<b>ESQUIZOFRENIA</b>	7	41.2	4	23.5
<b>DEPEND. ALCOHOL</b>	5	26.3	4	21
<b>DEPEND. DROGAS</b>	6	46.2	4	21
<b>OTRO / N.E.</b>	–	–	–	–
<b>CON DGTº PSIQUIATRICO</b>	27	36.5	19	25.7
<b>SIN DGTº PSIQUIATRICO</b>	15	15.5	11	11.3
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>		<b>170</b>	

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes

(3) Sin diferenciar por diagnóstico (1 grado de libertad):  $p < 0.01$  (IDEAS SUICIDIO;  $X^2 = 10.37$ ) y  $p < 0.05$  (PARASUICIDIO;  $X^2 = 6.18$ )

Finalmente, analizamos la posible influencia del diagnóstico psiquiátrico actual en el grado de cumplimiento del tratamiento psiquiátrico indicado (*tabla XCVII*). Los mayores niveles de rechazo o cumplimiento irregular del tratamiento se constataron entre las personas diagnosticadas de Esquizofrenia (tres cuartas partes lo seguían de forma irregular o nula), Dependencia al Alcohol (sólo uno de 30 personas con este diagnóstico seguía el tratamiento regularmente) y a otras Sustancias Psicoactivas (7 de 32 con este diagnóstico seguían regularmente el tratamiento indicado).

*Tabla XCVII. Cumplimiento del tratamiento psiquiátrico indicado, según diagnóstico psiquiátrico actual (N= 122 con diagnóstico psiquiátrico actual)*

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL	CUMPLIMIENTO TRATº PSIQUIATRICO INDICADO		
	REGULAR	n (%)	
		IRREGULAR	RECHAZA TTº
		IRREGULAR o RECHAZA	
TRAST. ANSIEDAD	7 (88)	1 (12)	-
		1 (12)	
TRAST. AFECTIVOS	5 (56)	1 (11)	3 (33)
		4 (44)	
TRAST. PERSONALID	4 (33)	3 (25)	5 (42)
		8 (67)	
ESQUIZOFREN	7 (25)	10 (36)	11 (39)
		21 (75)	
DEPEND. ALCOHOL	1 (3)	5 (17)	24 (80)
		29 (97)	
DEPEND. DROGAS	7 (22)	6 (19)	19 (59)
		25 (78)	
OTRO DGTº/ N.E.	1 (25)	-	3 (75)
		3 (75)	

(\*) Porcentajes calculados por filas independientes para cada DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO ACTUAL

### **6.13 PRESENCIA DE PACIENTES DE LARGA ESTANCIA DESINSTITUCIONALIZADOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO REGIONAL (OVIEDO)**

Se ha considerado «*paciente de larga estancia*» a "aquel que ha residido en un hospital psiquiátrico durante *un año* como mínimo, de forma continuada, excluyendo aquellas personas mayores de 65 años con un diagnóstico principal de demencia". Este es el criterio, por ejemplo, manejado en el prestigioso *TAPS Project* inglés (DAYSON, 1993).

De las 71 personas que refirieron antecedentes de hospitalización/es psiquiátrica/s previa/s (21 %), sólo dos podrían haber sido considerados «ex-paciente de larga estancia».

Uno de ellos, que había permanecido nueve años en un hospital psiquiátrico en Venezuela estaba diagnosticado de Esquizofrenia y Epilepsia.

El otro, que pasó diez años en el Hospital Psiquiátrico Regional de Oviedo (parte de ellos por orden judicial y en gran medida saliendo durante el día para trabajar en un negocio familiar), había sido diagnosticado, según consta en su historia clínica, de Trastornos de Conducta en Débil Mental y Abuso de Alcohol.

Deteniéndonos ahora únicamente en aquéllos que contaban con antecedentes de hospitalización psiquiátrica en alguno de los recursos públicos de Asturias (Hospital Psiquiátrico Regional de Oviedo y/o, a partir de la distribución por áreas sanitarias, cada una de las Unidades de Agudos en hospitales generales), apreciamos los siguientes datos (*tabla XCVIII*).

*Tabla XCVIII. Comparación del grupo con A.P. de hospitalización psiquiátrica en Asturias (N= 45) con aquéllos hospitalizados fuera de Asturias (N= 26)*

		EN ASTURIAS		RESTANTES	
		n	%	n	%
Sin Hogar PUNTUAL		4	9	4	15
Sin Hogar ESPORADICO		14	31	3	12
Sin Hogar < 2 AÑOS		5	11	4	15
Sin Hogar LARGA DURACION		20	44	15	58
N.C.		2			
VARONES	MUJERES	87 %	13 %	81 %	19 %
EDAD MEDIA		38 años (± 10.33)		41.6 años (± 11.16)	
INGRESO UNICO		11	24	15	58
2 - 10 HOSPTZ. PREVIAS		25	56	2	8
> 10 HOSPTZ. lifetime		8	18	3	12
N.C.		1		6	
ESTANCIA < 1 SEMANA		10	22	5	19
1 SEMANA - 1 MES		20	44	11	42
1 MES - 1 AÑO		13	29	2	8
ESTANCIA > 1 AÑO		1	2	1	4
N.C.		1		7	

(\*) Porcentajes calculados por columnas independientes para cada variable y para cada uno de los dos grupos evaluados

Ambos grupos se comportaron estadísticamente sin diferencias significativas en cuanto a las variables sexo y tipología de carencia de hogar. Tampoco se apreciaron diferencias al comparar la edad media.

Según la información recogida en las Fuentes de Información Complementaria (más difícil de obtener con relación a los componentes del grupo no asturiano), se encontró mayor porcentaje de personas que habían sido hospitalizadas psiquiátricamente en una sola ocasión entre los no asturianos (58 % versus 24 %).

Como promedio, la(s) hospitalización(es) psiquiátrica previa habían sido de mayor duración entre el grupo asturiano, donde para un 29 % (n= 13) habían durado más de un mes y menos de un año (frente al 8 %, n= 2, en el grupo restante).

## **DISCUSSION**

## DISCUSION

Me han contado que en Nueva York,  
en la esquina de la calle Veintiseis con Broadway,  
los meses de invierno, hay un hombre todas las noches  
que, rogando a los transeúntes,  
procura un refugio a los desamparados que allí se reúnen.  
Al mundo así no se le cambia,  
las relaciones entre los hombres no se hacen mejores.  
No es ésta la forma de hacer más corta la era de la  
explotación.  
Pero algunos hombres tienen cama por una noche,  
durante toda una noche están resguardados del viento  
y la nieve a ellos destinada cae en la calle.  
No abandones el libro que te lo dice, hombre.  
Algunos hombres tienen cama por una noche,  
durante toda una noche están resguardados del viento  
y la nieve a ellos destinada cae en la calle.  
Pero al mundo así no se le cambia,  
las relaciones entre los hombres no se hacen mejores.  
No es ésta la forma de hacer más corta la era de la  
explotación

(BERTOLT BRECHT. Poemas y Canciones)

Tratamos de analizar y discutir a continuación algunos de los resultados más significativos de esta investigación. Para facilitar dicha tarea, agruparemos nuestros comentarios en torno a diferentes apartados temáticos.

## **7.1 VALIDEZ Y LIMITACIONES DE LA METODOLOGIA DE INVESTIGACION EMPLEADA**

Con la metodología de trabajo empleada hemos intentado salvar algunas de las dificultades reseñadas y criticadas en investigaciones previas, dados los objetivos del presente estudio.

Algunas de estas dificultades metodológicas, la forma en que hemos abordado el problema y los posibles sesgos, aún así, existentes, son expuestos a continuación.

### **7.1.1 LUGAR DE SELECCION MUESTRAL**

El lugar escogido para tal fin (Oficina de Información al Transeúnte de Gijón), dadas las características organizativas previamente comentadas, así como el amplio conocimiento por parte de los potenciales usuarios de dicho recurso, nos parece adecuado para obtener una muestra suficientemente representativa del universo de la población sin hogar que reside o transita por dicha ciudad.

Las normas de admisión y funcionamiento, tanto de la O.I.T. como de los dos albergues por ella coordinados son lo suficientemente poco restrictivas (atención tanto de varones como de mujeres, individuos aislados como parejas o familias, alta tolerancia para conductas desviadas de la norma, no exclusión en general de personas con diagnósticos médicos y/o psiquiátricos, incluso si el seguimiento de su tratamiento es irregular o nulo, etc...) como para reducir el sesgo encontrado en otros estudios llevados a cabo en centros asistenciales cuyas normas de admisión son mucho más rígidas y/o excluyentes de posibles subgrupos de población sin hogar (p.ej., mujeres o varones, enfermos mentales, toxicómanos o personas con SIDA u otras enfermedades).



Teniendo certeza, por informaciones suministradas por informantes clave (EQUIPO OIT, 1994), del bajo número de personas sin hogar que, en Gijón y otras ciudades asturianas, *nunca* hacen uso de los recursos sociales de atención a este colectivo, el hecho de seleccionar la muestra de estudio exclusivamente de aquéllos indomiciliados usuarios de albergues no parece sesgar de manera importante los resultados aportados. Todo lo contrario ocurre en ciudades o países donde la proporción de *street people* (según la tipología de ROTH y BEAN, 1986) es, aunque obviamente difícil de cuantificar, importante.

Asimismo juzgamos de interés el haber realizado este estudio en una gran ciudad y en una comunidad autónoma, como es el Principado de Asturias, con uno de los procesos de desinstitucionalización y reforma de la asistencia psiquiátrica más avanzados de nuestro país. Estos datos complementan la visión aportada por estudios epidemiológicos llevados a cabo en un medio geográfico y sociológico relativamente distinto, como el trabajo de RICO (1991) en Aranjuez, así como otros a realizar en otras localizaciones que tal vez tengan peculiaridades propias (por ejemplo, Madrid o Barcelona).

Los datos aquí aportados, tenemos la impresión que pueden ser extrapolables, en general, a la situación de los sin hogar en otras ciudades asturianas. En especial, porque se conoce la movilidad básicamente *en triángulo* (Gijón – Oviedo – Avilés) de un número significativo de los usuarios de estos albergues (FUNDACION PUBLICA SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES, 1991; EQUIPO O.I.T., 1994).

### 7.1.2 METODO DE SELECCION MUESTRAL

Tanto la duración temporal y momento del año en que se efectúa esta selección como la manera de realizarla pueden sesgar asimismo este tipo de estudios.

En cuanto al tiempo de recogida de la información, hemos elegido un periodo lo suficientemente amplio (doce meses consecutivos) como para minimizar variaciones estacionales o coyunturales comentadas en la revisión de la literatura.

Tal y como hemos efectuado la selección muestral, *cuasi al azar*, se produce una sobrerrepresentación de aquellos usuarios habituales de los albergues en perjuicio de los que los utilizan en pocas ocasiones. Los primeros tenían, por ello, más probabilidades de ser seleccionados para estudio, como vemos en la *tabla III*. La complejidad de otros métodos más representativos (tabla de números aleatorios u otro), dado que para ello debíamos complicar más aún el ya de por sí duro trabajo diario de las asistentes sociales de la O.I.T., nos pareció prácticamente inviable.

Esta relativa sobrerrepresentación de aquellos usuarios habituales o frecuentes de los albergues en relación con la de aquéllos que sólo han utilizado puntualmente el albergue es un hecho inevitable dado el método de selección muestral empleado y es un sesgo mencionado también en otras investigaciones (WINKLEBY y WHITE, 1992). El empleo de técnicas de apareamiento (*matching*) en relación a la variable de confusión "número de asistencias a la O.I.T. al año" fue descartada por la complejidad del método y el desconocimiento a priori de quién se convertiría en una "usuario habitual" y quién haría uso del albergue de forma ocasional.

Es un sesgo, sin embargo, que hay que valorar cuidadosamente a la hora de interpretar los resultados, como aconseja SHINN (1992). ¿Cómo puede modificar esta circunstancia los resultados que aportamos en este estudio? La tipología que hemos manejado distribuyendo a los sin hogar en 4 grupos (puntuales o situacionales, esporádicos, de media y de larga duración) creemos que puede ayudarnos a comprender dicho sesgo. Así, no hemos

encontrado significación estadística entre aquéllos que con más probabilidad serán "usuarios habituales de la O.I.T." (el grupo de los de larga y media duración) y los usuarios "no habituales" (los dos grupos restantes) en relación al:

- sexo (*tabla LXXIX*),
- diagnóstico psiquiátrico actual (*tabla LXXVI*),
- cumplimiento del tratamiento médico en general (*tabla LXXXV*) (no así en lo que respecta al tratamiento psicofarmacológico en concreto, donde sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas: *tabla LXXXVIII*)
- y varias de las cuestiones evaluadas por las trabajadoras sociales (necesidad de atención psiquiátrica actual, personas en riesgo de suicidio o de heteroagresividad, riesgo físico o psíquico: *tabla LXXVIII*)

En otras variables sí se hallaron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre ambos grupos de usuarios de la O.I.T. (ver apartado 6.11).

Por tanto, a pesar de la sobrerrepresentación de "usuarios habituales de la O.I.T.", éste hecho probablemente no modifique de forma significativa los datos de datos de prevalencia psiquiátrica actual y el resto de variables que acabamos de resumir.

No obstante, sí que existirá una cierta tendencia a sesgar hacia los valores más frecuentemente encontrados entre los "usuarios habituales" otras variables donde sí se encontraron valores de  $p < 0.05$ :

- peores indicadores de Soporte Social (menor número de personas que mantienen relaciones frecuentes con familiares y/o amigos o que tienen pareja, etc...: *tabla LXXX*),
- mayores indicadores de marginación social (mayor número de personas que duermen en la calle, piden usualmente limosna para subsistir, han tenido problemas con la Ley encontrándose sin hogar o han sido robados o agredidos en el último año: *tabla LXXXII y LXXXIII*),

- peores niveles de salud física (mayor porcentaje de personas entre los "usuarios habituales" de enfermedades físicas o indicación de tratamiento médico, mayor uso de los servicios sanitarios: *tabla LXXXIV*),
- mayor porcentaje de personas con A.P. de tratamiento psiquiátrico (32 % entre los probables "usuarios habituales" frente a un 21 % entre el grupo restante, compuesto por los tipificados como personas sin hogar "puntuales" y "esporádicos": *tabla LXXXVI*),
- peor cumplimiento del tratamiento psiquiátrico indicado (ya que entre los de larga duración existían cifras de cumplimiento regular del mismo menores: *tabla LXXXVIII*)
- y otras variables comentadas en el apartado 6.11

### 7.1.3 **INDICADORES DE SALUD MENTAL**

Como recomiendan diversos autores (SUSSEY, CONOVER y STRUENING, 1990), hemos manejado varios de estos indicadores. Ello nos permite, además de contar con mayores posibilidades de comparación con otros estudios, tener una visión más amplia y desde distintas perspectivas de esta cuestión.

Así, no sólo manejamos el indicador del "diagnóstico clínico actual" (a través del CIDI o autoinforme) o la "historia psiquiátrica previa" o la "adherencia al tratamiento recomendado", sino también la impresión, no clínica pero muy interesante de conocer debido a que es ésta quien va a tratar con el individuo en cuestión, de la trabajadora social del albergue o de la O.I.T.

Por otra parte, la consulta de Fuentes de Información Complementarias, si bien ha supuesto un esfuerzo adicional importante, creemos que nos ha permitido disminuir otro de los sesgos atribuidos a este tipo de estudios: la fiabilidad de la información aportada por este grupo de población marginal. Si bien diversos autores, americanos, han subrayado su impresión de que los datos suministrados por estas personas son igual de fiables que los del resto de la población general (BAHR y HOUTS, 1971; EDWARDS et al, 1968), otros investigadores ponen en duda dicha cuestión (KROLL et al, 1986; LIPTON et al, 1988; SUSSEY, CONOVER y STRUENING, 1989).

En todo caso, nuestra metodología trata de, en lo posible (dada la amplia procedencia de esta, por definición, geográficamente inestable población), verificar el mayor número de datos manejados posibles.

#### 7.1.4 **C.I.D.I.**

El uso de una entrevista estructurada en esta población, añade fiabilidad y posibilidades de comparabilidad a este tipo de estudios (VAZQUEZ BARQUERO et al, 1993).

En estudios basados en autoinformes u otros métodos de evaluación no estandarizados existe el riesgo de infravalorar datos de prevalencia psiquiátrica, como critican KOEGEL y BURNAM (1988).

La exclusión de diferentes códigos diagnósticos menores en esta entrevista, previsto en el manual de uso de la O.M.S., creemos no resta interés a nuestro trabajo, habiendo favorecido por su parte que un mayor número de personas aceptaran y concluyeran dicha evaluación (ya de por sí, como otras entrevistas estructuradas, delicada de utilizar en el ámbito comunitario debido al tiempo que requiere su administración y el formato rígido de la misma).

Aún con la exclusión de los bloques diagnósticos del CIDI de menor interés para nuestros objetivos y la posibilidad de emplear una Entrevista Psiquiátrica alternativa sen ciertos casos (ver Material y Método), en ocasiones la larga duración de esta entrevista hizo peligrar la conclusión de la misma, en especial debido a la extensión de la *sección L (Abuso y Dependencia de Drogas)*. Esta objeción la hemos encontrado igualmente reflejada en otros autores que han manejado esta versión del CIDI (COTTLER et al, 1991).

Otra observación que nos sugiere el uso del CIDI en esta población marginal es la necesidad de que, si el entrevistador no está familiarizado con las peculiaridades de la vida en la calle y en la subcultura marginal, sea supervisado por alguien que sí lo esté mínimamente. Ello permitirá no calificar de *"posible síntoma psiquiátrico"* (código 5 en las preguntas de sondeo) respuestas que *"aún cuando sería un delirio en la gran mayoría de los casos, no lo es en ese particular: la historia del entrevistado es plausible"* (WITTCHEN et al, 1989). Para esta posibilidad, a la que en ocasiones recurrimos en nuestro estudio, el Manual de Uso del CIDI recomienda el uso de un código 6 en las cuestiones de la *sección G*

(*Esquizofrenia*) que requieren ser sondeadas. Así, algunas personas que afirmaron "haber creído que le estaban persiguiendo" (*pregunta G-2*) o "que estaban tramando algo contra (él) o tratando de hacerle daño" (*pregunta G-4*), habían sido detenidas de forma arbitraria por la policía en diversas ocasiones o sufrido las amenazas e incluso las agresiones de grupos violentos que parecen volver a estar de actualidad (*ver Anexo de Prensa*).

Poder acceder, a través del programa informático adjunto al CIDI, a diagnósticos psiquiátricos tanto DSM-III R como CIE-10 posibilita asimismo la comparación con un mayor número de estudios de metodología similar.

## 7.2 ANALISIS DE LOS RECHAZOS

El porcentaje de sujetos que rechazaron participar en alguna de las fases del estudio (entrevista socio-demográfica o evaluación psiquiátrica), un 9 % ( $n=30$ ), entra dentro del rango de lo admisible en una investigación de este tipo (MORRISSEY y DENIS, 1990).

En general, es una cifra menor a la reconocida en otros estudios, incluso de aquellos que remuneran al entrevistado con una pequeña cantidad económica por aceptar colaborar.

La alta participación conseguida, además de a la propia disponibilidad de las personas seleccionadas, se debe en parte al notable nivel de motivación de las trabajadoras sociales de la O.I.T. participantes.

El análisis de dichos rechazos, generalmente no encontrado en los estudios revisados, nos permite conocer que existe mayor proporción de mujeres que de varones que rehusan participar, si bien dicha observación no alcanzó significación estadística  $p < 0.05$  (*tabla LXIV*). Tal vez ello tenga relación con el importante porcentaje de las cuales (aunque tampoco estadísticamente significativo) que fueron calificadas como "caso psiquiátrico" (confirmado o probable): un 67 % de las mismas, frente al 38 % de "casos psiquiátricos" detectados entre los varones que rechazaron participar (*Tabla LXV*).

Sin embargo, el objetivo principal del análisis de este grupo de 30 personas sin hogar es conocer si su rechazo introduce un sesgo significativo a la hora de interpretar los resultados obtenidos de la muestra seleccionada que accede participar en la evaluación social y psiquiátrica. En la *tabla LXVI* vemos que el porcentaje de "casos psiquiátricos" detectados entre los que rechazan es equiparable al encontrado en la muestra seleccionada: en torno al 40 – 50% (según qué método de detección de caso empleemos).



De igual forma, la evaluación realizada por las trabajadoras sociales sugiere que la exclusión en el estudio de este grupo de 30 personas *no* sesga prácticamente los resultados provenientes de la evaluación del resto de participantes (*tabla LXVII*). No obstante, según la valoración de las profesionales de la O.I.T., existían un porcentaje de personas *en riesgo psíquico* ligeramente mayor entre los que rechazaron la evaluación (30 % versus 20 %).

### 7.3 RASGOS SOCIO-DEMOGRAFICOS

Como en otros estudios sociológicos realizados en nuestro medio en los últimos años, apreciamos cómo los rasgos socio-demográficos de la población sin hogar estudiada son claramente diferentes a los encontrados en la población general.

*Tabla XCIX. Datos socio-demográficos: diversas muestras de población sin hogar versus población general (española)*

	SETTING	N	% VARONES
MARTIN BARROSO (1985)	Selección ALB. toda España	1176	90.7 %
RICO (1991)	ALB. Aranjuez (Madrid)	524	95.2 %
ESTUDIO O.I.T. (1994)	2 ALB. Gijón (Asturias)	334	89.8 %
I.N.E. España (1984)	POBLACION GENERAL 1983		49.1 %

En primer lugar, llama la atención la clara sobrerrepresentación de **varones** en esta población, hecho tradicional en esta población.

Sin embargo, aunque proporcionalmente aún minoritarias, cada vez es mayor el número absoluto de **mujeres** en esta situación de pobreza y marginación extrema.

Creemos que el incremento de la presencia de mujeres en las calles en nuestro medio está claramente relacionado con el aumento de los problemas de toxicomanías y con los trastornos psiquiátricos severos y/o crónicos existentes entre ellas, los cuales dificultan la convivencia con sus redes de soporte natural, así como la aceptación de ayuda de los soportes institucionales.

Dado que en nuestro medio existe una mayor capacidad de respuesta (tanto por parte de las redes naturales de apoyo – familia, vecinos... – como de los servicios sociales específicos) hacia las mujeres en situación de riesgo (ya sea por problemas económicos, conyugales e incluso ante problemas psiquiátricos), en el pequeño número de éstas que acaban encontrándose en una situación de marginación tan extrema como la de las personas sin hogar cabría pensar en factores de "rechazo activo":

- ya sea por parte de la propia mujer sin hogar (en el origen de cuyo rechazo de ayuda socio-sanitaria pudiera existir una psicopatología psicótica u otra, junto al alejamiento activo de unos servicios que por su funcionamiento y encuadre de trabajo no se adaptan a sus peculiaridades... no sólo debidas a su trastorno mental, sino también a su marginal estilo de vida)
- y/o por parte de familiares o de los propios servicios sociales o sanitarios que tienden a excluir más o menos directamente a estas "usuarias difíciles"

Por todo ello, analizaremos más tarde con algo más de detenimiento el estado de salud mental de las mujeres sin hogar evaluadas.

A diferencia de la situación en los Estados Unidos y otros países anglosajones, es excepcional el que estas mujeres que acuden a albergues lo hagan acompañadas de sus hijos. Ello es debido, además de a la mayor presencia de redes naturales de apoyo en las culturas latinas – y más aún para las mujeres con hijos – , al distinto desarrollo de recursos sociales específicos para atender a estas situaciones (casas de acogidas para madres solteras o maltratadas, etc...).

Tampoco la **pirámide de edades** en la población sin hogar investigada es superponible a la conocida de la población general en nuestro medio. La edad promedio encontrada en nuestro estudio, en torno a los 40 años, entra dentro del rango de cifras manejadas en los estudios internacionales recientes llevados a cabo en similar *setting* (30 a 40 años, según la revisión de FISCHER (1986) o 37 años según un metanálisis de 60 estudios americanos realizados entre 1981 y 1988: SHLAY y ROSSI, 1992).

Esta tendencia a la disminución de la edad promedio en la población sin hogar atendida en albergues americanos o europeos de nuestro entorno debe alertarnos sobre la previsible situación a medio plazo en España.

A ello no es ajeno la creciente presencia de jóvenes con problemas de toxicomanías y/o trastornos psicóticos o de personalidad severos entre sus filas. En nuestro estudio, la edad media del grupo de personas con diagnóstico de toxicomanía fue de  $26.7 \pm 6$ , la de aquéllos con diagnóstico de Esquizofrenia  $38.5 \pm 10$  y la de Alcohólicos,  $42.3 \pm 10$ .

No hemos detectado en nuestra muestra ningún menor de 18 años, si bien durante el año de estudio se atendió en la O.I.T. a 14 personas (cinco de ellos, mujeres) menores de 17 años (0.9 % del total) y otras 14 de 18 años (dos, mujeres).

El hecho de no detectar cuantitativamente el fenómeno creciente en EE.UU., Holanda y otros países de los **adolescentes sin hogar** no quiere decir que éste no ocurra en nuestro medio, si bien no existen datos claros al respecto y sí informes o denuncias periodísticas o de asistentes sociales puntuales. Sin embargo, esta población parece ser poco proclive a hacer uso de los servicios sociales (y, menos aún de los servicios ambulatorios de salud mental, aún cuando su riesgo psíquico es evidente), siendo más dada a vivir en subculturas marginales con otros jóvenes.

Considerando el **estado civil**, igualmente existe una clara sobrerrepresentación de las personas solteras (57 %) y separadas o divorciadas (35 %) entre los sin hogar, dato que se recoge en todos los estudios consultados y que tiene importantes consecuencias para la salud mental de estos individuos en lo que a falta de soporte social (natural) se refiere.

Sus ínfimos recursos económicos, así como el resto de **datos socio-económicos** recogidos nos dibujan, como era de esperar, a este grupo de población como *los más pobres de los pobres*.

Sobre las relaciones inversas existentes entre la salud mental y general y las condiciones de pobreza extrema hay ya suficientes datos acumulados (DOHRENWEND, 1990; COHEN, 1990; BROADHEAD et al, 1983; HUTTUNEN, 1993), en cuyo complejo análisis no vamos a entrar en este momento.

El bajo **nivel educativo** e insuficiente **cualificación profesional** constatado en esta población sin hogar, tiende a dificultar más aún, dado el actual escenario socio-laboral, el ascenso social a estatus de mayor estabilidad (RENES, 1990).

Sin embargo, una proporción significativa de las personas sin hogar estudiadas, en especial aquellos que no llevaban más de dos años en esta situación, presentaban unos niveles de cualificación profesional y educativa y unas historias laborales más cercanas al promedio de la población general española actual. Sus altas tasas de desempleo confirman la aparición de las *nuevas formas de pobreza*, descritas entre nosotros por RENES (1987), entre otros.

La función del trabajo como estabilizador psicológico de la persona es incuestionable:

- tanto para los enfermos mentales (el eje del trabajo es uno de los que organizan cualquier programa de rehabilitación psicosocial para enfermos mentales crónicos: WATTS y BENNET (1990),
- como para los sin hogar no enfermos mentales (para los que el trabajo constituye el "*tratamiento de elección*" de muchos cuadros subdepresivos y de sentimientos de desmoralización, como los propios entrevistados relataron en el estudio en numerosas ocasiones.

Ya FREUD, al pedirle en una ocasión que definiera lo que él entendía por «salud (mental)», se refirió a la capacidad del sujeto "para amar y trabajar" (*lieben und arbeiten*).

## 7.4 RED DE SOPORTE SOCIAL

Claramente podemos calificar la **red de soporte social natural** (familiares, amigos...) de esta población como cuantitativa y cualitativamente escasa: sólo uno de cada tres mantenían relación con algún familiar (*tabla XI*).

A pesar de ello, incluso éstos permanecían en situación de marginación durante periodos más o menos largos de tiempo, lo cual nos habla asimismo de la calidad de este supuesto apoyo familiar.

La gran proporción de personas sin hogar estudiadas solteras, separadas o divorciadas (*tabla V*) contribuye también a definir esta población como aislada socialmente y con una escasa red de relaciones.

Aunque sólo el 18 % tenían pareja estable en el momento actual (*tabla XII*) (en todos los casos, compañero/a también "sin hogar"; la mayoría, toxicómanos), dichas personas valoraban tal hecho como uno de los más positivos y esperanzadores de la difícil situación en la que se encontraban.

También calificamos la **red de soporte social profesional** como escasa e insuficiente en cuanto a personas significativas o de confianza (*tabla XIII*). Sólo un 4 % (n= 13) de la muestra se referían a un profesional social o sanitario a quien acudir como persona de confianza.

No así en cuanto a servicios puntuales que los servicios sociales y sanitarios de apoyo prestan a los sin hogar (alojamiento, alimentación, orientación laboral o consejo puntual, intervención en crisis...) (*tabla XIV*).

Entre aquellas personas con diagnóstico psiquiátrico actual se observaron indicadores de una mayor debilidad en sus redes de soporte social que las personas sin hogar

sin diagnóstico psiquiátrico. Este dato fue más evidente para las personas con Esquizofrenia y/o Dependencia al Alcohol (*tabla XC*).

Numerosos estudios desde mediados de los setenta han mostrado una asociación directa entre diferentes medidas de soporte social y depresión, ansiedad y otros síntomas psicopatológicos, síntomas somáticos y uso de servicios sanitarios (BROADHEAD et al, 1983; LEAVY, 1983). Más compleja es la interpretación de dicha relación, para la que se manejan tres hipótesis básicamente:

- considerar el soporte social como un efecto modulador que interactúa con los acontecimientos vitales estresantes para reducir sus consecuencias negativas ("*buffering hypothesis*": CASSEL, 1976; COBB, 1976), atractiva hipótesis, aunque de difícil demostración (BROADHEAD et al, 1983; LEAVY, 1983; RUTTER, 1985);
- estudiarlo como un determinante directo de salud o enfermedad (ésto es, como variable independiente), aunque no se ha demostrado la necesaria relación causa-efecto de esta relación ni existe hasta el momento una evidencia experimental o empírica clara que corrobore este argumento (BROADHEAD et al, 1983);
- o como variable dependiente, con sus propias causas y determinantes (características de la comunidad, estatus socio-económico, roles sociales, habilidades de afrontamiento social y otros rasgos individuales y sociales), sobre las que se podría actuar con estrategias preventivas y diseños de intervención específicos.

Por tanto, aunque aún continúe el estudio sobre el papel que ocupa el soporte social, está suficientemente demostrado el hecho de que contar con una red social cualitativa y cuantitativamente adecuada y suficiente para las características personales y condiciones de vida del individuo en cuestión es un "factor de protección" efectivo ante el estrés de la vida diaria (RUTTER, 1985).

Además, una idea asumida en la práctica de la salud mental comunitaria es la de que "aunque determinados estresores (ambientales) no pueden ser evitados ni modificados, una intervención dirigida a incrementar el soporte social efectivo puede favorecer una mejor afrontamiento de dichas situaciones estresantes" (CAPLAN y KILLILEA, 1976; ZAX y COWEN, 1979). Cómo hacer operativo dicho soporte social según las características nosológicas e individuales y cómo optimizar dichos efectos benéficos es objeto actualmente de continua investigación (LEAVY, 1983).

Entre nosotros, MANSILLA (1993) ha revisado recientemente el papel de la red y apoyo social en enfermos mentales crónicos sin hogar, estudiando longitudinalmente a 31 residentes, todos ellos diagnosticados de Esquizofrenia, en un conocido albergue municipal de Madrid. Entre sus interesantes conclusiones, señala las siguientes:

- 1º Los enfermos mentales sin hogar disponen de una red social compuesta en su mayor parte por otros enfermos mentales *"ya que dentro del albergue es identificación en la patología el rasgo que más favorece la cohesión; se agrupan los drogodependientes por un lado, los alcohólicos por otro y los enfermos mentales por otro"*. Nuestro estudio coincide con esta impresión para los dos primeros grupos citados, pero no para los diagnosticados de trastornos psiquiátricos severos como es la Esquizofrenia.
- 2º Los datos obtenidos en su estudio con respecto al tamaño, interacción, cercanía y densidad le sugieren un tipo de red de estos enfermos dispersa, de tamaño pequeño y en su mayoría compuesta por no familiares. Nuestros hallazgos parecen coherentes con este dato, en cuanto a que las redes sociales de los esquizofrénicos son más pequeñas y más densas que las de los neuróticos o las de los normales.
- 3º Los enfermos sin hogar de este albergue de Madrid *"desean recibir ayuda, pero la percepción de sus propias necesidades difiere de la visión de los responsables de los servicios. Mientras las prioridades referidas por los*



*enfermos mentales giran en torno a la cobertura de sus necesidades básicas, para los profesionales lo fundamental es el cumplimiento de un tratamiento psiquiátrico". Esta última conclusión de MANSILLA, encontrada asimismo en la mayoría de los estudios americanos que analizan el uso de servicios socio-sanitarios y, específicamente, de Salud Mental por parte de los *homeless mentally ill*, nos parece igualmente de gran interés y defendible desde nuestra experiencia.*

En nuestro estudio, el 88 % de las personas entrevistadas se manifestaron disconformes con el tipo de vida marginal que se veían forzados a llevar (*tabla XVIII*). Analizando la percepción de sus propias necesidades prioritarias (*tabla XXXI*), éstas no fueron de orden sanitario (tratamiento médico y/o psiquiátrico), sino referentes a sus necesidades más básicas (trabajo, alojamiento estable, etc...). A pesar de las altas cifras de prevalencia psiquiátrica encontradas, sólo una minoría de éstos (29 personas: un 9 %) valoraron como prioritario un tratamiento por sus problemas relacionados por el alcohol (11 personas), con las drogas (10 personas) o por otros problemas de salud mental (8 personas). Esta discrepancia con la valoración de necesidades realizada por los profesionales en un *setting* sanitario (urgencias u hospitalización psiquiátrica, centro de salud mental u otro) probablemente explique las altas cifras de incumplimiento de los tratamientos indicados, en especial entre los enfermos mentales sin hogar, como también señalan SUSSER, GOLDFINGER y WHITE (1990).

Todos estos datos sobre el insuficiente soporte social de este grupo de población, creemos que se relacionan con otros indicadores de riesgo psíquico encontrados en nuestro estudio, en especial entre los enfermos mentales sin hogar:

- bajas tasas de **cumplimiento con los planes terapéuticos** recomendados al alta hospitalaria (observancia del tratamiento psicofarmacológico, continuidad de la relación terapéutica en el medio comunitario...),

- uso irregular e inadecuado de múltiples **recursos sociales y sanitarios**, entre los que los servicios de urgencia suponen un escenario privilegiado desde donde apreciar las a su vez múltiples insuficiencias y carencias del sistema asistencial (lo cual conlleva, para el profesional sensible, dilemas éticos serios, bien planteados por SHANER, 1989),
- frecuentes **recaídas y rehospitalizaciones psiquiátricas** precoces,
- alta tasa de **suicidio y parasuicidio** (que discutimos más adelante),
- **consumo de alcohol y/u otras drogas** que, en ocasiones, puede jugar un papel de auténtico elemento integrador y de aceptación en la red social marginal (fenómeno habitual entre alcohólicos y, en especial, toxicómanos). O, como señalaba un participante en nuestro estudio (*"no sé beber sólo... al primero que puedo, le pago para que me escuche"*), de único intermediario para conseguir un mínimo apoyo y soporte afectivo ocasional
- u otros

De hecho, esta carencia de adecuado soporte social es uno de los factores que más complican el tratamiento integral de trastornos como la esquizofrenia. Por ello, autores como DRAKE y OSHER (1987), proponen una aproximación similar a la psicoeducativa familiar para trabajar con profesionales y voluntarios que atienden a los enfermos mentales sin hogar en albergues y calles *"when there is no family"* ("cuando no hay familia", así titulan su artículo).

Con la metodología transversal empleada en nuestro estudio es aventurado describir y analizar qué caminos han conducido a la población sin hogar a los niveles de aislamiento y bajo nivel de soporte social antes comentados. Para ello serían más convenientes investigaciones de tipo longitudinal (MORRISSEY y DENIS, 1990) o incluso análisis de caso, como los que realizan MOUREN et al (1970), entre otros.

En los meses de contacto con las personas sin hogar de Gijón, así como en la propia experiencia profesional, nos llaman la atención sin embargo varias situaciones a tener en cuenta por los servicios sociales y de salud mental (prevención primaria de la carencia de hogar de los enfermos mentales):

- **Desinstitucionalización de jóvenes con debilidad mental *borderline* o leve, al cumplir el límite de edad** que ciertas instituciones de menores marcan para su función de protección en ausencia de familia (ya sea por inexistencia real de ésta – huérfanos,... – como por abandono o por otra imposibilidad para su normal acogida). Acostumbrados al cuidado y soporte institucional durante años, de pronto desaparece éste y se les fuerza a una vida "autónoma e independiente" que se les presenta compleja en una sociedad como la nuestra. Descubrir entonces las ventajas de «ser paciente psiquiátrico» o «toxicómano», antes que no ser nada, puede suponer el inicio de una carrera en la que en ocasiones el etiquetaje profesional – no sólo psiquiátrico – no hará más que oscurecer las necesidades profundas de estos jóvenes. Durante nuestro estudio escuchamos relatos auténticamente esclarecedores a este respecto, como el de un joven que al quejarse del hecho de que a un conocido suyo del albergue y del centro de menores se le hubiera facilitado desde los servicios de Salud Mental al alta de su hospitalización psiquiátrica un trabajo y vivienda protegida, exclamaba indignado: *"¿Yo también tengo que hacerme el loco, como M., para que me déis un trabajo?"*. A las pocas semanas estaba ingresado en la Unidad de Psiquiatría, por orden judicial. Su diagnóstico al alta: "trastornos conductuales y abuso de alcohol en débil mental leve. Sin tratamiento psicofarmacológico al alta" (idéntico diagnóstico y tratamiento al alta que su conocido).
- **Enfermos mentales crónicos** (en especial, esquizofrénicos) que **al morir o faltar su figura de apoyo o cuidador habitual** (madre, padre u otro familiar) quedan desprotegidos e incapaces de un autocuidado satisfactorio. Algunos de estos enfermos, en general de más de treinta años de edad, han estado hasta ese momento no sólo atendidos en sus necesidades más básicas, sino también

aparentemente contenidos en su frecuentemente activa sintomatología psicótica, por lo que sus contactos con los servicios psiquiátricos han podido ser puntuales o escasos. Al morir el cuidador principal, no fácilmente sustituible por otro familiar debido al gran sacrificio que tal tarea supone, el problema de la calidad de vida de dicho enfermo se hace patente. De no asegurarse entonces un soporte social lo suficientemente eficaz, el descenso y la marginación social del enfermo es un riesgo habitual, como hemos comprobado en algunos de los casos de nuestro estudio.

- Sin embargo, aún viviendo la familia de origen del enfermo, puede darse la situación en la que la conducta anormal de aquél llegue, en conjunción con las posibilidades de respuesta y contención de sus parientes, a hacer **insostenible la convivencia familiar**, provocando la huida o expulsión del enfermo del hogar y no siendo raro el inicio de una vida marginal. En nuestro estudio, uno de cada diez se referían a sus propios trastornos mentales en el origen de su situación sin hogar actual; en un tanto por ciento desconocido de estos casos la familia rechazaba la convivencia, e incluso la relación, con el paciente.

## 7.5 MOVILIDAD GEOGRAFICA

Esta cuestión es clave a la hora de la planificación de los servicios, tanto sociales como sanitarios, que esta población requiere.

En este sentido, a diferencia del tópico transmitido por algunos medios de comunicación que equiparan "sin hogar" con "transeúnte" (argumento que en cierta manera descarga de responsabilidades a la comunidad local para con aquellos de sus miembros más empobrecidos y marginados), aproximadamente la mitad de las personas estudiadas habían residido en el último año en Gijón y alrededores. Este dato confirma estudios previos realizados en O.I.T. (FUNDACION PUBLICA SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES, 1991).

La otra mitad de nuestra muestra mostraba un patrón de movilidad geográfica más amplio (transeúntes por toda España).

Existen algunos estudios que sugieren que, como grupo, las **personas sin hogar altamente móviles** (*highly mobile homeless persons*) presentan rasgos socio-demográficos y de salud mental diferentes al grupo de los sin hogar más estables y sedentarios.

En Estados Unidos, los primeros tienden a ser jóvenes varones de raza blanca enganchados en el consumo de drogas. Una significativa proporción de estos sin hogar altamente móviles presentan problemas crónicos de salud mental y son etiquetados rápidamente por otros sin hogar en ese medio con las descriptivas denominaciones de *space cases*, *burned out* o *fried* u otras etiquetas propias de la jerga marginal. Dada su disfunción crónica, suelen referir largas historias de desempleo, consumo de drogas, múltiples hospitalizaciones psiquiátricas y contactos con el sistema policial o judicial, así como mayor tiempo en situación de carencia de hogar. Paralelamente, establecen un menor número de contactos con los servicios asistenciales (excluyendo las urgencias o intervención en crisis, que

consumen de forma irregular e impulsiva) (ROBINS et al, 1984; APPLEBY y DESAI, 1987; BENDA, 1991).

En el estudio realizado en la O.I.T. de Gijón, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad promedio, porcentaje de personas con antecedentes de tratamiento psiquiátrico, diagnóstico psiquiátrico actual y otras variables comparando el grupo de mayor movilidad geográfica (n= 194) con el compuesto por las 140 personas consideradas "residentes habituales en Gijón" (*tablas XXI, XXII, XXIII y XXIV*).

Entre los considerados como "móviles" se evidenciaron sin embargo unos niveles de incumplimiento del tratamiento psiquiátrico indicado claramente superiores al grupo de "residentes en Gijón": 86 % rechazaban o seguían dicha terapia irregularmente, frente al 59 % encontrado en este segundo grupo (*tabla XXIV*).

Asimismo, las trabajadoras sociales de la O.I.T. valoraron entre el grupo de móviles mayor porcentaje de personas necesitadas de atención médica (y mayor proporción de éstos en riesgo físico), de atención psiquiátrica (aunque no mayor proporción en riesgo psíquico) y necesitados de atención por sus problemas relacionados con el alcohol (*tabla XXV*).

Para este grupo de personas sin hogar transeúntes con trastornos mentales severos y/o crónicos, algunos recomiendan una especial flexibilidad y tolerancia por parte de los servicios asistenciales para facilitar una estabilidad residencial que permita un mejor enganche terapéutico (SUSSER, GOLDFINGER y WHITE, 1990; SEGAL y BAUHMOL, 1980; COHEN, 1989; LAMB, 1984). Las dificultades y esfuerzos que supone la atención de este pequeño grupo de enfermos mentales no deberían hacernos olvidar, sin embargo, el mayor riesgo tanto físico como psíquico en que se encuentran.

## 7.6 OTRAS CARACTERISTICAS DE LA VIDA MARGINAL

Los datos de nuestro estudio nos confirman la variable "**tiempo sin hogar**" como un elemento directamente proporcional a la magnitud de problemas acumulados por estas personas. A mayor tiempo sin hogar:

- mayor aislamiento y menor soporte social (*tabla LXXIV*),
- indicadores de calidad de vida más precarios y marginales tanto en los aspectos materiales como para la propia autoestima personal (*tabla LXXIV*),
- mayor proporción de personas con trastornos psiquiátricos severos, en especial esquizofrenia (*tabla LXXV*),
- mayor proporción de personas con problemas relacionados con el alcohol (*tabla LXXV*)
- y, entre aquellos diagnosticados de un trastorno psiquiátrico severo y/o crónico, mayor severidad y complejidad de sus problemas de salud mental: mayor frecuencia de diagnóstico dual (principalmente, abuso de alcohol), menor porcentaje de aquellos que seguían el tratamiento psicofarmacológico pautado de forma adecuada e incremento del número de los que lo rechazaban o lo seguían irregularmente (*tabla LXXVII y LXXVIII*)

Todo ello nos confirma la imagen que ORWELL (1939) dibujaba de la pobreza y marginación extrema de los vagabundos, la imagen de "*una espiral que arrastra a uno hacia abajo y en la que es fácil descender aún más... pero no subir*".

El paso del tiempo sin más, como en otras situaciones de conflictividad personal, no hace más que acrecentar el riesgo de desencadenar, precipitar o acrecentar distintas formas de sufrimiento psico(pato)lógico. Así, vemos cómo con el paso del tiempo la persona sin hogar

- va perdiendo apoyos normalizados y siéndole cada vez más complicado recurrir a los apoyos previos (ya sea para buscar alojamiento o para facilitarle el acceso a un puesto de trabajo; los familiares o amigos, incluso las instituciones, van "quemándose" o resignándose a la situación tras incluso haber intentado diferentes ayudas provisionales);
- va complicándose la propia existencia (consumo de tóxicos, contactos con ambientes progresivamente más marginales, detenciones policiales y criminalización, descompensaciones psicológicas que pueden llevar a iniciar o acrecentar "la carrera psiquiátrica" del sujeto, estigmatización progresiva...)
- y alejando su "día a día" de las reglas de cotidianidad de las personas socialmente integradas (contacto con los albergues y las prácticas de subsistencia en la calle, desarrollo de capacidades de adaptación a la situación que, paradójicamente, le distancian cada vez más de la posibilidad de "salir" de la misma...);
- va deteriorándose la confianza en uno mismo y apareciendo sentimientos y actitudes claramente depresivas, de desesperanza o disminución alarmante de las expectativas de mejora personal;
- en definitiva, cada vez puede uno ir más acercándose a la categoría – nunca escrita en las publicaciones o informes, pero presente tácitamente en algunos profesionales o voluntarios – de "caso imposible", "crónico" o "difícil" de reintegrar socialmente o de intervenir por parte de los servicios socio-sanitarios para mejorar su calidad de vida.



Todo ello, indudablemente, tienen serias implicaciones para la salud mental de estas personas, como comentaremos posteriormente.

Una cuarta parte de la población sin hogar estudiada había sido encarcelada en una o más ocasiones a lo largo de su vida sin hogar (*tabla XXX*). Esta variable se relacionó con niveles de significación estadística ( $p < 0.05$ ) con el hecho de ser toxicómano en el momento actual, habiendo estado encarcelados durante el tiempo que se encontraban sin hogar la mitad de ellos (*tabla XCIII*).

Nuestros datos no sirven para explorar en profundidad la crítica realizada por algunos autores sobre la "criminalización de los enfermos mentales crónicos en la era de la desinstitucionalización" (fenómeno analizado, entre otros, por DAVIS, 1992 y por SHLAY y ROSSI, 1992).

Sin embargo, el hecho de que la mitad de los esquizofrénicos sin hogar estudiados en nuestro estudio ( $n = 14$ ) hubieran tenido problemas judiciales y 8 (un 29 %) hubieran sido encarcelados (en ambos casos considerando exclusivamente el tiempo en que se encontraban sin hogar) deberían ser analizados con mayor profundidad que lo que permite la metodología empleada en este estudio. En los Estados Unidos, algunos autores sugieren que los enfermos mentales sin hogar son actualmente encarcelados más frecuentemente, debido a la desaparición de otras alternativas institucionales no criminales (DEAR y WOLCH, 1987).

Finalmente, la propia criminalidad que sufren las personas sin hogar parece ser un fenómeno de creciente actualidad (*ver Anexo de Prensa*). Una de cada cinco personas sin hogar participantes en nuestro estudio habían sufrido una o más agresiones violentas serias en el último año (*tabla XXX*), porcentaje que fue mayor entre los sin hogar con diagnóstico psiquiátrico actual (*tabla XCIV*). Estos hechos ilustran las dificultades de la vida marginal, tan alejada de la imagen alimentada por algunos reportajes periodísticos anecdóticos.

## 7.7 ESTADO DE SALUD (FISICA)

La impresión que tenemos de los datos recogidos en relación al **estado de salud** de esta población es que éste es ligeramente peor al de la población general. Uno de cada cuatro dijo tener una enfermedad física crónica diagnosticada por un médico.

No obstante, reconocemos lo subjetivo de dicha valoración al carecer de un examen clínico de dicho estado y basamos únicamente en el autoinforme (por lo que los datos manejados están determinados por la sinceridad, capacidad de comprensión y colaboración o memoria del entrevistado). Cabe igualmente la posibilidad, como señalan VAZQUEZ-BARQUERO et al (1991) en su estudio en Cantabria, que se hayan incluido erróneamente en la categoría de "sanos" a individuos con enfermedades somáticas asintomáticas.

Sí destaca la presencia de 15 personas (4.5 %) que refirieron ser **VIH (+) confirmados serológicamente**, todos ellos con historia previa de toxicomanía. De ellos, cuatro padecían SIDA en diversos estadios evolutivos. Otros ocho podrían ser catalogados como "probables VIH (+)" con una alta probabilidad de ser cierta dicha definición, con lo que suman un total de 23 "VIH (+) definitivos o probables" : un 7 % de la muestra, muy superior a las estimaciones realizadas en población general española (ZULAICA, 1994).

En España el 65 % de los enfermos de SIDA son usuarios de drogas por vía parenteral (GOMEZ GAY, 1994). La importancia de la problemática social asociada al SIDA adquiere en la población sin hogar una especial gravedad, dada la alta prevalencia de problemas de toxicomanías y el menor nivel de cumplimiento de las medidas preventivas universalmente aceptadas para esta y otras infecciones por vía parenteral y sexual (ZULAICA, 1994). Ello ha llevado en los últimos años a crear para este grupo de enfermos recursos específicos, tanto públicos como privados (AIZPITARTE et al, 1991).

La mayoría del conjunto de la muestra estudiada (N= 334), sin embargo, valoraban su **estado de salud** en el último año como "bueno" (70 %) o "regular" (21 %), cifras que, con las limitaciones metodológicas que comparaciones de este tipo suponen,

parecen equiparables a las aportadas recientemente por algunos estudios sociológicos en población general española (DE MIGUEL, 1993) (tabla C).

*Tabla C. Valoración (subjetiva) del estado de salud actual:  
comparación población general con población O.I.T.*

	ESTADO SUBJETIVO DE SALUD		
	BUENO	REGULAR	MALO
<b>E.N.S. (1987) (1)</b> (POB. GRAL. ESPAÑOLA)	68 %	24 %	8 %
<b>C.I.R.E.S. (1990) (2)</b> (POB. GRAL. ESPAÑOLA)	64 %	28 %	8 %
<b>O.I.T. (1994)</b> (POB. SIN HOGAR GUION)	70 %	21 %	8 %

(\*) Porcentajes calculados por filas

(1) Encuesta Nacional de Salud 1987 (M<sup>a</sup> Sanidad y Consumo, 1990)

(2) Centro de Investigaciones sobre la Realidad Social. La realidad social en España: 1991-92. Madrid, 1992

Finalmente, de las 34 mujeres participantes en nuestro estudio, tres de ellas refirieron encontrarse **embarazadas**. Ellas ejemplifican dramáticamente algunos de los problemas sanitarios, éticos y sociales que el fenómeno de la pobreza y la marginación implica. Recordaremos brevemente estos tres casos.

- 1<sup>a</sup> La primera mujer, contaba con 32 años y un diagnóstico previo de esquizofrenia (por el que había sido hospitalizada en diferentes psiquiátricos de toda España en múltiples ocasiones y con un seguimiento del tratamiento neuroléptico pautado al alta de forma muy irregular o nula). Sin pareja estable

ni soporte familiar, refería *"estar embarazada de cinco meses"* (a pesar de lo cual mantenía un consumo ocasional de drogas por vía parenteral y relaciones sexuales sin prevención anticonceptiva o antiinfecciosa alguna). Asimismo, aseguraba ser VIH (+). Su discurso, en el que junto a elementos centrados en la realidad (p.ej., su petición de alojamiento *"hasta que cobre la pensión al cabo de unos días"*, así como su demanda de consulta con un médico por su embarazo) coexistían otros claramente delirantes, plantea múltiples interrogantes en una paciente psiquiátrica cuyo descenso y deterioro personal progresivo eran evidentes en los últimos años. Su posible gestación complica aún más el ya de por sí difícil manejo de este tipo de pacientes, sin olvidar los riesgos que para el hijo esta situación supone (MILLER, 1990).

- 2º Otra mujer, de 20 años, toxicómana sin hogar desde hacía unos dos años junto a su compañero, se hallaba en el séptimo mes de embarazo. Hasta aquel momento no había seguido ningún control obstétrico, siendo sus condiciones higiénico-sanitarias de vida deplorables (malnutrición, consumo de drogas, vida a la intemperie, etc...).
- 3ª El tercer caso fue el de otra mujer de 31 años, sin hogar "situacional", embarazada de cuatro meses. A diferencia de las anteriores, seguía un buen control médico de su gestación, a pesar de las condiciones de vida de pobreza extrema en las que sobrevivía junto a su compañero.

Estas tres situaciones ejemplifican asimismo, una vez más, la heterogeneidad de las propias personas sin hogar, tanto en sus características como en sus necesidades sociales y sanitarias.

## 7.8 USO DE SERVICIOS MEDICOS

Un tercio de las personas sin hogar estudiadas debían seguir un tratamiento médico (farmacológico) continuado, la mitad de los cuales lo cumplían regular y adecuadamente (tanto en la posología como en el control médico periódico) (*tabla XXXIV*).

El uso de los servicios médicos generales parece el adecuado a su estado de salud y similar al de la población general (*tabla XXXV*).

No parecen existir barreras especiales para el acceso de este grupo de población marginal a los servicios sanitarios generales: la mayoría de la muestra acudían a los servicios médicos cuando lo consideraban necesario, incluso las 75 personas (23 %) que carecían de cartilla sanitaria. Esta es una situación claramente diferente a la descrita en otros países, en especial los Estados Unidos, en donde la organización del sistema sanitario es muy diferente al español (FERNANDEZ LIRIA y GARCIA BERNARDO, 1985).

Sin embargo, sí que sería conveniente estudiar con más detenimiento el uso que los enfermos mentales severos realizan en la comunidad de los servicios sanitarios generales, a pesar de no contar con las barreras financieras existentes en sistemas como el americano.

El problema parece agravarse entre los enfermos mentales sin hogar, cuyas dificultades cognitivas y del juicio de realidad en ausencia de un mínimo soporte familiar o profesional pueden llevar a situaciones de extremado riesgo físico. El caso de la mujer diagnosticada de esquizofrenia que decía estar embarazada de cinco meses, los casos de demencia alcohólica encontrados u otros sustentan esta impresión.

## 7.9 PREVALENCIA LIFETIME DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS SEVEROS

Se constatan unas cifras de prevalencia, tanto actual como *lifetime*, significativamente más altas que entre la población general, hallazgo congruente con lo reseñado en estudios internacionales realizados en similar *setting* y con metodología equiparable (*tabla CI*). En esta tabla (página siguiente) comparamos diferentes estudios realizados en albergues de distintos países, aunque realizados con metodología similar. Mostramos asimismo los resultados del estudio multicéntrico americano *Epidemiological Catchment Area* (ECA) como muestra de las cifras de prevalencia observadas en dicha población general.

En nuestro estudio, el 41 – 47 % no presentó a lo largo de la vida ninguno de los trastornos psiquiátricos severos y/o crónicos evaluados, según criterios DSM–III–R o CIE–10 (Trastornos de Personalidad y otros diagnóstico del eje I excluidos) (*tabla XLI*).

Las cifras encontradas en la O.I.T. de Gijón son equiparables a las referidas en éstos y otros estudios realizados en grandes ciudades con instrumentos diagnósticos estandarizados.

LLama la atención la alta prevalencia de Esquizofrenia en población sin hogar albergada, que contrasta claramente con la distribución en población general en los diferentes ámbitos geográficos, culturales y socio–económicos donde ésta ha sido estimada, cifra que gira en torno al 0.85 % (CARPENTER y BUCHANAN, 1994).

Estos datos de prevalencia *lifetime* suponen una primera aproximación a la magnitud de los trastornos psiquiátricos existentes en la población de estudio. Sin embargo, este tipo de prevalencia a lo largo de la vida no es suficiente para propósitos de planificación asistencial (KRAMER et al, 1980), ya que incluye a un número indeterminado de personas

totalmente recuperadas en relación al trastorno pasado padecido junto a otras en remisión temporal y a las que manifiestan psicopatología de dicho trastorno en el presente. Por ello ha de complementarse con las cifras de prevalencia actual que más adelante discutimos.

*Tabla CI. Prevalencia LIFETIME DSM-III (R)  
(Estudios en albergues en comparación con  
población general americana)*

AUTOR (AÑO)	METODO DETECCION	DGT* PSIQ. DSM-III (%)			
		TRAST. AFECT.	ESQZF.	DEP. ALCOHO	DEP. DRUGS
KOEGEL, BURNAM y FARR (1988) (Los Angeles, EE.UU.)	DIS (DSM-III) (N= 384)	29.5	13.1	69.2 (1)	
FISCHER et al (1986) (Baltimore, EE.UU.)	DIS (DSM-III) (N= 51)	13.7	2	70.6 (2)	
HERMAN et al (1989) (Melburne, Australia)	SCID (DSM-IIIR) (N= 382)	25	21 (3)	42	16
<i>N.I.M.H. ECA Study</i> (REGIER et, 1988) (4) (5 ciudades EE.UU.)	DIS (DSM-III) (N= 18.571)	8.3	1.3	1.3	2.5
ESTUDIO O.I.T. (1994) (Gijón)	CIDI (DSM-IIIR) (N= 334)	15.9	10.6	23.5	21.2

(1) Se refiere conjuntamente a Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas: 62.9 % con ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL y 30.8 % con ABUSO/DEPENDENCIA DE OTRAS DROGAS

(2) Se refiere en conjunto a Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas, sin diferenciar abuso y dependencias ni alcohol de otras drogas

(3) Se refiere a Trastornos Psicóticos: 13 % Esquizofrenia, 2 % T. Esquizoafectivo, 1 % T. Delirante y 5 % Otros trastornos psicóticos o no especificados

(4) *N.I.M.H. Epidemiological Catchment Area Study* en 5 ciudades norteamericanas (REGIER et al, 1988)

## 7.10 ACTOS SUICIDAS A LO LARGO DE LA VIDA Y RIESGO SUICIDA ACTUAL

En nuestro estudio investigamos esta cuestión exclusivamente en la submuestra de 170 personas sin hogar que fue evaluada con el CIDI o entrevista alternativa. Posteriormente, como siempre cuando fue posible, contrastamos la información aportada por los propios sujetos con las Fuentes de Información Complementarias clínicas.

El 17.5 % (n= 30) habían intentado suicidarse al menos en una ocasión a lo largo de su vida. Hasta 42 personas (24.6 %) refirieron seria ideación suicida en uno o más periodos previos de su vida (*tabla XLIV*).

Estas altas cifras de tentativas de suicidio son similares a las encontradas en otros estudios en población sin hogar y superiores a las estimadas entre la población general europea en estudios recientes (entre el 3 y 5 % en las personas mayores de 15 años; SARRÓ y NOGUÉ, 1992).

Este riesgo suicida se concentra preferentemente sobre el grupo de los enfermos mentales sin hogar. Al comparar GELBERG et al (1988) un grupo de personas con antecedentes de hospitalización psiquiátrica con otro de pacientes exclusivamente ambulatorios y un tercero sin uso de servicios de salud mental, todos ellos sin hogar, encuentran seis veces más número de intentos de suicidio en el primer grupo.

En la población estudiada en la O.I.T., se encontraron mayor proporción de personas con actos suicidas previos entre aquellos con algún diagnóstico psiquiátrico actual: 26 % versus 11 % entre aquéllos sin diagnóstico. De igual forma, las personas con ideas serias de suicidio a lo largo de la vida fueron más frecuentes entre los enfermos mentales (37 % versus 15 %) (*tabla XCVI*).



Asimismo, las trabajadoras sociales valoraron mayor número de personas con alto riesgo de suicidio entre aquéllos con antecedentes de tratamiento psiquiátrico (10 %) que entre el resto (4 %) (*tabla LVIII*).

Aproximadamente, entre el 15 - 20 % de los pacientes admitidos en un servicio psiquiátrico por tentativa de suicidio repiten en el futuro tal conducta (MORTON, 1993). Tanto el desempleo como la ausencia de soporte social efectivo - ambos habituales entre esta población marginal - han sido consistentemente relacionados como "factores predictores de repetición de parasuicidio", principalmente entre aquellos con antecedentes de tratamiento psiquiátrico, clase social I, II o III y personas de mayor edad. Como vemos, los factores de riesgo se acumulan, multiplicando sus efectos desestabilizadores en ausencia de otros elementos "amortiguadores".

## 7.11 PREVALENCIA TRATADA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS SEVEROS A LO LARGO DE LA VIDA

De las 170 personas sin hogar evaluadas con el CIDI o entrevista alternativa, entre un 54 y un 59 % presentaron algún trastorno psiquiátrico severo (incluyendo problemas de alcohol y drogas) a lo largo de la vida (prevalencia *lifetime*) (*tabla XLI*).

Basándonos en el autoinforme, en un 53 % del total de la muestra (N= 334) se confirmaron antecedentes personales de tratamiento psiquiátrico (bien sea por médico general o médico psiquiatra) (*tabla XLII*).

El porcentaje de personas sin hogar con historia de **hospitalización psiquiátrica previa** es uno de los indicadores que más constantemente se recogen en los diferentes estudios revisados. Entre un cuarto y un quinto de la población estudiada en albergues en Estados Unidos o Inglaterra presentan dicho antecedente (MORRISSEY y DENIS, 1990).

En nuestra muestra, uno de cada cuatro requirieron hospitalización psiquiátrica a lo largo de su vida (ya sea por motivo de trastorno mental, problema relacionado con el alcohol o con otras drogas), en una o más ocasiones (*tabla XLIII*).

En general, en nuestro medio, tal cifra puede correlacionarse con el grupo de pacientes de mayor nivel de gravedad o deterioro biopsicosocial, lo que nos lleva a pensar en la seriedad de los problemas mentales presentados.

Sin embargo, como anotamos anteriormente, éste es un dato que hay que interpretar con cautela, sobre todo si – como es nuestro caso – desconocemos otras informaciones que pueden matizar tal información: número, duración y motivo de las anteriores hospitalizaciones, filosofía asistencial y recursos existentes en el área donde fue hospitalizado y en el momento en que ingresó, etc...

Así, diversos autores subrayan que, de los antiguos pacientes psiquiátricos hospitalizados que actualmente se hallaban sin hogar, entre un 40 – 50 % no se mostraban sintomáticos (psicopatológicamente hablando) en el momento de la evaluación (ROTH, BEAN, LUST y SAVEANA, 1985; MORSE et al, 1986).

No obstante, sí que se recoge de forma constante en la literatura la mayor probabilidad de manifestar síntomas psiquiátricos en un estudio de seguimiento por parte de aquellos sin hogar con antecedentes personales de ingreso psiquiátrico previo. Por ello este dato se ha barajado como "predictor de síntomas psiquiátricos actuales", como confirman MORSE y CALSYN (1992) en su interesante estudio.

Hubiera sido interesante en nuestro trabajo evaluar, de forma algo más objetivable que la sola impresión clínica del médico psiquiatra entrevistador, cuántos de aquellos con diagnóstico psiquiátrico actual requerirían como medida terapéutica prioritaria **indicar su hospitalización psiquiátrica.**

Algunos estudios sugieren que dichos casos constituirían una pequeña proporción de la población estudiada: "entre el 5 y el 7 % podrían beneficiarse de una hospitalización psiquiátrica breve para ser estabilizados desde el punto de vista médico – psiquiátrico, previamente a realizar esfuerzos a más largo plazo en la comunidad".

En otro estudio con 203 personas sin hogar en Baltimore (EE.UU.) llevado a cabo por clínicos experimentados, se recomendó hospitalización psiquiátrica de corta o media estancia para el 18 % de las mujeres y el 15 % de varones. Una hospitalización a largo plazo (*long term*) sólo se aconsejó para el 1 % de los sin hogar evaluados.

También son de interés las **tasas de rehospitización precoces**, que pueden interpretarse como fracaso en la continuidad de cuidados en la comunidad y/o baja adherencia al tratamiento psiquiátrico en medios no tan tutelados como el hospital.

Los pacientes mentales sin hogar presentan una probabilidad estadística significativamente mayor de reingresar en el hospital o unidad de psiquiatría del hospital general antes de un año de ser dados de alta, así como de hacer un mayor uso de los servicios de urgencias psiquiátricas, que aquellos enfermos con vivienda estable y marco familiar presente (DRAKE et al, 1989).

Basándose en estas investigaciones y evidencias ROSENFELD (1991) defiende las intervenciones encaminadas a solucionar dicho problema de vivienda y soporte social como rentables para disminuir las cifras de rehospitización y uso excesivo e inadecuado de los servicios de urgencias. En su estudio concluye que *"dichas medidas serían más importantes que los cuidados psiquiátricos específicos o las propias características individuales o clínicas"*.

## 7.12 PREVALENCIA ACTUAL DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

### 7.12.1 METODO DE DETECCION DE CASO

En nuestro estudio nos hemos aproximado al conocimiento de las cifras de prevalencia actual de diversos trastornos psiquiátricos (incluyendo problemas relacionados con el alcohol y otras drogas) de dos formas:

- 1º considerando los datos del autoinforme obtenidos en la primera fase del estudio, posteriormente contrastados con las Fuentes de Información Complementaria (*tabla XLV*)
- 2º y realizando una más detenida valoración psiquiátrica a través del CIDI (*tabla XL*).

En la siguiente tabla comparamos los resultados obtenidos a través de ambos métodos (*tabla CIII*).

Como apreciamos en esta tabla comparativa, el hecho de no confiar exclusivamente en el autoinforme aumenta la fiabilidad y comparabilidad de este tipo de estudios.

Vemos cómo los datos proporcionados por los propios sin hogar son discordantes con los de la valoración psiquiátrica especialmente en lo referente a dos diagnósticos:

- problemas de dependencia alcohólica
- y, en menor medida, los trastornos afectivos

*Tabla CIII. Prevalencia ACTUAL: comparación  
según diferentes métodos de detección de caso*

	AUTO- INFORME y F.I.C. (%)	CIDI / E. PSIQ. (%)	
		DSM-III-R	CIE-10
DEP. ALCOHOL	9	21.2	19.4
DEP. OTRAS DROGAS	9.6	12.3	13
ESQUIZOFRENIA	8.4	10.6	11.2
TR. AFECTIVOS	2.7	10	7.6
TR. ANSIEDAD	2.4	2.3	1.8
OTRO DGTº PSIQ.	1.2	1.8	1.8
CON DGTº PSIQ. (1)	36.8	49.4	52.4
SIN DGTº PSIQ.	63.2	50.6	47.6
N	334	170	

(1) Se refiere sólo a los grupos diagnósticos del eje I considerados en nuestro estudio: excluye por tanto varios diagnósticos de dicho eje (Somatización, Disfunciones Sexuales...), así como todos los trastornos de personalidad (eje II del DSM-III-R)

(\*\*) Los porcentajes no han de sumar 100 %: cada diagnóstico se considera individualmente

¿A qué responde dicha discrepancia en relación a los problemas de alcoholismo y depresivos, no encontrada en otros diagnósticos psiquiátricos? En ambos casos parece jugar un papel explicativo la pobre conciencia de enfermedad y de "utilidad" del tratamiento propuesto. En parte tal vez se deba a la tendencia a no considerar dichos problemas – tanto el propio sujeto como otros profesionales sociales, incluso sanitarios – como susceptibles de tratamiento especializado en los casos que así lo requiera.

Por el contrario, algunas personas cuyo estado anímico claramente presentaba rasgos de endogeneidad (variaciones estacionales, bipolaridad del estado de ánimo, trastornos del sueño específicos, alternancia con periodos eutímicos incluso manteniéndose las situaciones ambientales conflictivas a las que supuestamente achacaban "toda su depresión"...) o cuya dependencia al alcohol dificultaba otros intentos de ayuda social, consideraban su propio estado como *"normal estando en la situación en la que estoy"* (esto es, en la calle y con las carencias extremas a las que venimos aludiendo).

Otros autores han señalado también la tendencia al ocultamiento de información sobre sus problemas relacionados con el alcohol en esta población (DRAKE, ALTERMAN y ROSENBERG, 1993).

La cuestión se agrava cuando los profesionales en contacto con estas personas tampoco saben captar – y, consecuentemente, derivar a los servicios especializados sin que ello en ningún caso suponga desvincularse de la atención social al sujeto en cuestión – dichos problemas de salud mental. El problema, no obstante, es complejo; el riesgo de oscilar entre posturas demasiado "psicologizantes" y otras igualmente reduccionistas por el lado "social", siempre está presente.

Mucha menor discordancia existe entre los datos de autoinforme y la valoración clínica en relación a otros cuadros diagnósticos (esquizofrenia, dependencias de drogas, trastornos de ansiedad o demencia). En esos casos, el propio interesado o los profesionales sociales o sanitarios, detectan nítidamente la conducta adictiva o psicótica como psicopatológica y como necesitada de tratamiento específico voluntario o, cuando el grado de deterioro personal y social es tan grande que hace peligrar la propia vida del sujeto o su convivencia, de forma involuntaria a través de los cauces legales oportunos.

Tal situación nos sugiere la necesidad de colaboración más estrecha de la actual entre los servicios de salud mental y los sociales de atención al transeúnte, sin hogar y otros

grupos marginales en los que sabemos que la prevalencia de psicopatología es significativa. Probablemente estemos atendiendo, aunque desorganizadamente, al mismo grupo de personas... pero de forma no unitaria y efectiva:

- así, cuando el enfermo mental sin hogar está psicopatológicamente estabilizado (debido a una fase asintomática de la enfermedad, a un buen control psicofarmacológico de los síntomas y/o a que ha sido dado de alta recientemente de su última hospitalización) y se encuentra en el albergue, generalmente no se atiende a los aspectos psiquiátricos de su problema (a través del refuerzo de la a menudo ambivalente decisión de tomar el tratamiento farmacológico pautado, de la adaptación de las propuestas y programas ensayados a las posibilidades cognitivas y personales reales, de la observación y apoyo ante la aparición de síntomas de recaída, de la prevención ante conductas y hábitos de vida especialmente desestabilizadores: uso de alcohol, sobreestimulación, sobreimplicación emocional, etc...);
- sin embargo, también se desaprovecha una excelente oportunidad de afrontar de forma integral la problemática del enfermo mental sin hogar cuando sólo se atienden los aspectos psico-biológicos del mismo (tratamiento psicofarmacológico, oferta de un espacio y un equipo de salud mental con quien afrontar las dificultades específicas del día a día en un contexto psicoterapéutico, etc...)

En este sentido, además de la cooperación con las trabajadoras sociales de la O.I.T. durante el tiempo de estudio para la realización de la presente investigación, fueron muy fructíferos, pensamos que para ambas partes, los frecuentes diálogos y reflexiones (tanto de casos e individuos concretos como de situaciones más generales) desarrollados durante este tiempo con dichos profesionales.

En la siguiente tabla mostramos distintos estudios realizados en albergues para indomiciliados con metodología equiparables a la nuestra (*tabla CIV*). Posteriormente



discutimos los resultados de prevalencia actual encontrados para los principales diagnósticos psiquiátricos evaluados.

*Tabla CIV. Prevalencia ACTUAL DSM-III (R)  
(Estudios en albergues en comparación con  
población general americana)*

AUTOR (AÑO)	METODO DGT <sup>2</sup>	DGT <sup>2</sup> PSIQ DSM-III (R) (%)			
		TRAST. AFFECT.	ESQUIZ.	DEP. ALCOHO	DEP. DRUGS
KOEGEL, BURNAM y FARR (1988) (Los Angeles, EE.UU.)	DIS (1) (DSM-III) (N= 328)	20.9	11.5	31.2	
SACKS et al (1987) (Fresno County, EE.UU.)	PDI (2) (DSM-III) (N= 61)	6.6	9.8	39.3	13.1
HERRMAN et al (1989) (Melbourne, Australia)	SCID-R (3) (DSMI-IIIR) (N= 382)	12	17.5	22.3	7.9
N.I.M.H. ECA Study (REGIER, 1988) (4) (5 ciudades EE.UU.)	DIS (DSM-III) (N= 18.571)				
RICO (1991) (Aranjuez)	CLINICO (DSM-III) (N= 525)	7.8	6.5	24.4	5.7
ESTUDIO O.I.T. (1994) (Gijón)	CIDI (DSM-IIIR) (N= 334)	9.4	10.6	21.2	12.9

(1) DIS: Diagnostic Interview Schedule (ROBINS et al, 1981)

(2) PDI: Psychiatric Diagnostic Interview (OTHMER et al, 1982)

(3) SCID-R: Structured Clinical Interview for DSM-III R (SPITZER et al, 1986)

(4) N.I.M.H. ECA Study: *National Institute Mental Health Epidemiological Catchment Area*

Al no conocer en España estudios epidemiológicos amplios y realizados con criterios diagnósticos DSM / CIE (del tipo del estudio ECA americano) en población general, es difícil establecer comparaciones certeras con nuestro estudio. VAZQUEZ-BARQUERO et al (1991), empleando el GHQ-60 DE GOLDBERG (corte 11/12) en una muestra de población general cántabra obtienen una prevalencia estimada de "casos psiquiátricos" del 14.7 %. Estas cifras son claramente inferiores a las referidas por nosotros en población sin hogar en Gijón (incluso si a la cifra mencionada añadimos las cifras de prevalencia habitualmente manejadas en estudios internacionales para otros trastornos no detectados con el GHQ; p.ej., el 0.85 - 1 % de trastornos esquizofrénicos: CARPENTER y BUCHANAN, 1994).

Sin embargo, hemos de ser sumamente cautos a la hora de comparar datos de prevalencia psiquiátrica provenientes de estudios que manejan instrumentos de evaluación diferentes a la entrevista estructurada DIS o su modificación, el CIDI.

#### 7.12.2 DEPENDENCIA AL ALCOHOL

El **alcoholismo** continúa siendo un problema de primer orden entre las personas sin hogar, constatación ya efectuada desde hace décadas en los transeúntes tradicionales en nuestro país (ALONSO, CANALES y LORENTE, 1975). A éste se ha sumado en los últimos años el problema de la dependencia a otras drogas ilegales (opiáceos, cocaína, psicotropos...), especialmente entre los más jóvenes.

Diferentes estudios en albergues norteamericanos señalan una prevalencia de abuso/dependencia de alcohol entre el 20 y el 46 % de los casos. Menores cifras se han encontrado en albergues del Reino Unido: 18 % en Edimburgo y 21 % en Londres, cantidades similares a las nuestras.

### 7.12.3 **DEPENDENCIA A OTRAS DROGAS**

Los informes epidemiológicos que recogen las cifras de prevalencia de **dependencia a otras drogas** son, tanto en España como en la literatura internacional, menores aunque su tendencia se encuentra en aumento, en especial en las grandes ciudades occidentales.

Entre los enfermos mentales crónicos y/o severos sin hogar el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas no es raro, como señalamos con anterioridad. La proporción de personas sin hogar con **diagnóstico dual** ha sido estimada entre el 12 % y el 25 % (FISCHER y BREAKEY, 1991). En una revisión de diez estudios patrocinados por el *N.I.M.H.* americano, casi la mitad del subgrupo de los enfermos mentales sin hogar abusaban de alcohol y/o drogas. En el estudio de Los Angeles (KOEGL y BURNAM, 1987), el 46 % de los enfermos mentales graves fueron considerados "consumidores habituales de sustancias psicoactivas de forma ilegal".

En resumen, en los Estados Unidos se han estimado las cifras de prevalencia de problemas relacionados con el alcohol unas 6–7 veces superiores a las esperables en población general de similares características demográficas (FISCHER y BREAKEY, 1991).

## 7.12 USO DE SERVICIOS PSIQUIATRICOS Y DE SALUD MENTAL

El uso de los servicios de salud mental que esta población sin hogar realiza parece inferior al que debieran efectuar en base a las altas cifras de prevalencia actual de trastornos psiquiátricos severos referidos.

Además, de los 122 sujetos que reconocen necesitar o habérseles indicado tratamiento psiquiátrico por problemas severos, uno de cada dos lo seguían irregularmente o lo rechazaba. El resto lo cumplía irregularmente (53 %) (*tabla XLVI*).

Para reflexionar sobre el por qué de las bajas **tasas de adherencia y cumplimiento de los tratamientos psiquiátricos** recomendados que observamos en este estudio, podríamos aportar varias hipótesis y factores implicados (probablemente todas ellos complementarios entre sí y, desde luego, no excluyentes):

- en primer lugar, existirían unos factores comunes al resto de enfermos mentales crónicos de la población general: rechazo a los efectos secundarios de la medicación (en especial a los efectos sedativos y extrapiramidales), complejidad del tratamiento pautado, falta de conciencia de enfermedad, severidad sintomatológica, la actitud del médico y resto de personal que le atiende o la de la familia y el medio social, entre otros;
- en segundo lugar, otros que, si bien comunes al resto de enfermos mentales crónicos, cobran en los que se encuentran sin hogar una importancia clave: la falta o insuficiencia de soporte familiar y/o social efectivo, el rechazo a la estigmatización por parte de otros marginales dada la pobre valoración que supone en la subcultura de la calle, en general, "ser paciente psiquiátrico" y otros.

- Además, como señalan VAN PUTTEN, CRUMPTON y YALE (1976) en un atractivo y polémico estudio (ya desde su mismo título: *"Drug refusal in Schizophrenia and the wish to be crazy"*, "rechazo de medicación en la esquizofrenia y el deseo de continuar estando loco"), *"tal vez influya en determinados rechazadores habituales el deseo personal de no pagar el precio que supone el tomar neurolépticos y mucho menos si ello supone «renunciar al propio mundo» (en especial si la temática delirante contiene elementos de grandiosidad y la psicosis no se acompaña preferentemente de síntomas ansioso-depresivos)"*.

Sin embargo, no debemos oscilar desde actitudes de nihilismo terapéutico a otras de intervencionismo excesivo, al margen de la propia historia, valores y funcionalidad de determinadas conductas o síntomas entre ciertas personas sin hogar.

El patrón de uso de servicios de salud mental del conjunto de personas sin hogar que en nuestro estudio requerían alguna forma de tratamiento psiquiátrico es, en algunos aspectos, superponible al descrito entre los denominados "jóvenes adultos crónicos" (SHEETS, PREVOST y REIHMAN, 1982; LAMB, 1982; FERNANDEZ LIRIA, 1991). Como grupo, estos jóvenes pacientes se caracterizan por la severa psicopatología que manifiestan, su ausencia de autocontrol, rechazo a la toma del tratamiento médico pautado y problemas con el alcohol y las drogas. Esporádicamente sin hogar, algunos de ellos deambulan de ciudad en ciudad o de un lugar a otro, buscando *"una solución geográfica a sus problemas"*.

### 7.13 LOS DESINSTITUCIONALIZADOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO REGIONAL DE ASTURIAS

La metodología transversal empleada en este estudio no es la más adecuada para conocer **cuántos** de los pacientes de larga estancia desinstitucionalizados del Psiquiátrico Regional (Oviedo), desde que se inició el proceso en torno a 1984, se encuentran actualmente en la calle o albergues, así como la **calidad de vida** de aquellos ex-pacientes que esporádica o continuamente hacen uso de los recursos sociales para transeúntes y gentes sin hogar.

En la muestra seleccionada a lo largo del año de estudio, y tras la búsqueda exhaustiva de información en los archivos clínicos de dicho Hospital Psiquiátrico, sólo encontramos a dos ex-pacientes de larga estancia procedentes de ese hospital (0.6 % del total).

En un estudio publicado recientemente sobre la desinstitucionalización en Asturias entre 1984 y 1989, GONZALEZ (1992) sigue la pista a los 427 pacientes de larga estancia (ingresados durante al menos un año) dados de alta en dicho periodo (aunque a once de éstos no fue posible localizarlos). De 221 que aún estaban vivos y localizables (edad media: 64 años), 132 vivían en un asilo o residencia, considerándose los 89 restantes como reinsertados en la comunidad.

Así, tanto nuestros datos como los de GONZALEZ, no parecen sustentar las críticas que en algún momento se han vertido en algunos medios de comunicación regionales sobre la transinstitucionalización y desamparado de los pacientes externalizados en dicho periodo (*Ver Anexo de prensa*).

No entramos sin embargo en la polémica actualmente existente sobre la calidad de vida de algunos de estos pacientes en la comunidad, si bien algunos de las personas enfermas mentales entrevistadas en nuestro estudio nos han hablado de su uso esporádico de

pensiones cuyas posibilidades de apoyo e integración social, así como de habilitabilidad, dejarían mucho que desear.

Sin embargo, cuando los autores americanos denuncian los riesgos de una desinstitucionalización centrada en clausurar camas hospitalarias de larga estancia sin proveer los suficientes recursos para proporcionar una atención comunitaria de calidad y relacionan, con datos o no, este hecho con el llamativo incremento de *homeless mentally ill* en sus calles, se refieren principalmente a los enfermos mentales adultos y jóvenes.

En ese sentido, el reto principal para los servicios de salud mental –y para el resto de la sociedad, no lo olvidemos– en los próximos años probablemente sea este grupo que compone la mayoría de los que en nuestro estudio han sido diagnosticados de un trastorno psiquiátrico severo y/o crónico.

## **C O N C L U S I O N E S**



## CONCLUSIONES

1. Se trata de una muestra de población de ínfimo estatus socio-económico, según cualquiera de los indicadores que manejemos para cuantificar éste (nivel económico, educativo, profesional)
2. Su red de soporte social es, cualitativa y cuantitativamente, pobre y escasa
3. Su forma de vida es marginal y diferente a la de la población general, tanto es sus formas de alojamiento como medios de subsistencia y patrones de relaciones interpersonales
4. Algo más de la mitad de los sin hogar estudiados presentan un patrón de movilidad geográfica transeúnte, mientras que en torno al 40 % reside habitualmente en Gijón
5. La valoración subjetiva del propio estado de salud (físico) fue de "bueno" en el 70 % de los casos, si bien algunas patologías parecen sobrerrepresentadas en esta población: en concreto, procesos tuberculosos (3.6 %) y serología positiva al VIH/SIDA (4.5 %)
6. En la mitad de los casos de aquéllos a los que se les había indicado algún tratamiento farmacológico, ya sea por motivos médicos y/o psiquiátricos, el cumplimiento de dicha pauta era irregular o nula
7. El grupo de aquéllos a quienes se les había indicado tratamiento psicofarmacológico era el que peor cumplían con el tratamiento farmacológico pautado (42 % lo tomaban irregularmente y un 17 % adicional lo rechazaban)

8. El acceso a los servicios médicos generales de esta población parece el adecuado a una población general de similar sexo, edad y estado de salud, excepto para el grupo de las mujeres sin hogar embarazadas y el de enfermos mentales sin hogar, que era menor al necesario conforme a su estado de salud
9. En lo que se refiere a trastornos psiquiátricos, las cifras de prevalencia actual (último mes) encontradas en la población sin hogar son claramente superiores a las de la población general española estudiada en medio comunitario, detectándose en la primera:
  - un 20 % de Dependencia al Alcohol,
  - un 13 % de Dependencia de Otras Sustancias Psicoactivas,
  - un 11 % de Esquizofrenia,
  - 8 % de Trastornos Afectivos Uni o Bipolares,
  - 2 % de Trastornos de Ansiedad y el 1.8 % de Demencia Alcohólica
10. En el 50 % de los casos no se encontró ninguno de los diagnósticos psiquiátricos severos y/o crónicos del eje I evaluados en este estudio
11. Dichas cifras de prevalencia actual entran dentro del rango encontrado en los estudios internacionales realizados con metodología similar al nuestro y en albergues para personas sin hogar y transeúntes
12. Un 22 % de la muestra de población sin hogar estudiada habían estado hospitalizados en una unidad de Psiquiatría (en hospital general y/o psiquiátrico; en centro público y/o privado) a lo largo de su vida
13. Algo más de la mitad de la muestra (53 %) habían seguido alguna modalidad de tratamiento psiquiátrico a lo largo de su vida

14. Cerca del 18 % de la población sin hogar que acudió a la O.I.T. durante el periodo de estudio había intentado suicidarse al menos en una ocasión a lo largo de su vida
15. Aproximadamente, a cuatro de cada diez personas sin hogar estudiadas (37 %) se les había recomendado seguir tratamiento psiquiátrico en el momento actual
16. De éstas, sólo una de cada cuatro (26 %) seguían dicho tratamiento de forma regular: otro 21 % lo tomaba irregularmente y el 53 % lo rechazaba
17. En concreto, el 82 % de los actualmente dependientes al alcohol, el 56 % de los dependientes a alguna otra sustancia psicoactiva y el 40 % de los esquizofrénicos, rechazaban el tratamiento propuesto
18. Las Trabajadoras Sociales de la O.I.T., sin formación específica en salud mental y con amplia experiencia en la atención a las personas sin hogar, consideraron como necesitados de evaluación y/o tratamiento psiquiátrico a uno de cada tres personas sin hogar que acudieron durante ese periodo a la O.I.T. (si bien sólo consideran «en riesgo psíquico», necesitado de atención psiquiátrica urgente, al 20 % del total)
19. Dichas TT.SS. parecen detectar bien a las personas diagnosticadas actualmente de Esquizofrenia, Trastornos Afectivos y de Ansiedad, si bien detectan a menos de la mitad de los alcohólicos y a menos de un tercio de los toxicómanos (todos ellos, diagnosticados a través de entrevista psiquiátrica)
20. Entre las 34 mujeres sin hogar estudiadas se detectó una mayor proporción (estadísticamente significativa) de personas con antecedentes de tratamiento psiquiátrico (77 versus 50 %), con diagnóstico psiquiátrico actual (62 versus 34 %) y un mayor uso de servicios de salud mental que el grupo de los varones

21. El seguimiento del tratamiento psiquiátrico indicado fue más regular entre las mujeres sin hogar que entre los varones (46 versus 22 %)
22. Las personas que más tiempo llevaban sin hogar eran las que peores niveles de calidad de vida, salud física y mental presentaban
23. Sólo se encontró, entre las 334 personas sin hogar evaluadas (incluyendo los rechazos) dos personas que pudieran considerarse ex-pacientes de larga estancia de un hospital psiquiátrico
24. Dadas las características tanto socio-demográficas como de soporte social, así como las duras condiciones de vida en que estas personas se encuentran, consideramos a esta población de alto riesgo psíquico, como demuestran las altas cifras de prevalencia de trastornos psiquiátricos severos y/o crónicos, de diagnóstico dual y la alta proporción de intentos de suicidio encontradas, así como su insuficiente red de soporte y apoyo social
25. Una cifra de antecedentes de hospitalización psiquiátrica del 21 %, junto a la alta proporción de tratamientos psiquiátricos seguidos de forma irregular o nula en el ámbito comunitario nos hace sospechar una insuficiente atención a los problemas de salud mental de esta población en el ámbito comunitario
26. La alta prevalencia de trastornos psiquiátricos severos y/o crónicos encontrados, una significativa proporción de ellos con un diagnóstico dual de alcoholismo y/o toxicomanías, hace aconsejable el trabajo de enlace de los servicios de salud mental con los profesionales y voluntarios que atienden a las personas sin hogar en los albergues de Gijón

# **BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFIA

- ABREGO I. Enfermedad mental y asistencia psiquiátrica en la prensa escrita asturiana (1973 - 1987). Cuadernos Asturianos de Salud, nº 4. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo, 1989

- ADIEGO C. Notas sobre el punto de vista de los transeúntes acerca de la asistencia que reciben. Jornadas Internacionales sobre Reinserción Social del Transeúnte. Cáritas Española. Zaragoza, 1984

- AGUIRRE JL. Introducción preliminar. En LOPE DE VEGA. Los locos de Valencia. Colección Aubí. Clásicos y Ensayos ed. Barcelona, 1977

- AIZPITARTE A, DIAZ N, POMBO I, MUÑOZ J y SANTAMARIA JM. Un hogar para enfermos de SIDA. Jano (1991) XL, 940 : 77 - 80

- AJURIAGUERRA J y MARCELLI D. Manual de Psicopatología del niño. Masson. Barcelona, 1987

- ALONSO J, CANALES R y LORENTE S. Los Transeúntes. Desarraigo y marginación social. Documentación Social (1975) nº 20 (monográfico)

- ALMUNI S. Estudio sobre la observación de tipologías en un albergue de transeúntes. Jornadas Internacionales sobre Reinserción Social del Transeúnte. Cáritas Española. Zaragoza, 1984
  
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 3ª ed. revisada. Masson. Barcelona, 1989
  
- ANDERSON C, REISS D y HOGARTY G. Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de Psicoeducación. Amorrortu Ediciones. Buenos Aires, 1986
  
- APARICIO V. El proceso de integración en la reforma psiquiátrica. Maristán (1993) II,4 : 46 - 48
  
- APARICIO V Y SANCHEZ AE. Desinstitucionalización y cronicidad: un futuro incierto. Rev Asoc Esp Neuropsiq (1990) X,34 : 363 - 374
  
- APPLEBY L y DESAI PN. Documenting the relationship between homelessness and psychiatric hospitalization. Hosp Community Psychiatry (1985) 36,7 : 732 - 737
  
- APPLEBY L y DESAI PN. Residential instability: a perspective on system imbalance. Am J Orthopsychiat (1987) 57,4: 515 - 524
  
- ARANA JD. Characteristics of homeless mentally ill inpatients. Hosp Community Psychiatry (1990) 41,6 : 674 - 676
  
- ARCE AA ,TADLOCK M, VERGARE MJ y SHAPIRO SH. A psychiatric profile of the street people admitted to an emergency shelter. Hosp Community Psychiatry (1983) 34,9 : 812 - 817
  
- AYUNTAMIENTO DE MADRID. Memoria del Centro de Acogida San Isidro : año 1989. Aytº Madrid. Madrid, 1990 (material fotocopiado)

- BACA E. Atención primaria de salud y asistencia psiquiátrica comunitaria: origen, desarrollo y perspectivas. En: ESPINO JA (coordinador). Libro del Año: Psiquiatría 1992. Saned. Madrid, 1992
  
- BACHRACH LL. Young Adult Patient Chronic: an analytical review of the literature. Hosp Community Psychiatry (1982) 33,3: 189 - 197
  
- BACHRACH LL. Interpreting research on the homeless mentally ill: some caveats. Hosp Community Psychiatry (1984) 35,9 : 914 - 917
  
- BACHRACH LL. Geographic mobility and the homeless mentally ill. Hosp Community Psychiatry (1987) 38,1 : 27 - 28
  
- BACHRACH LL. The media and homeless mentally ill persons. Hosp Community Psychiatry (1990) 41,9 : 963 - 964
  
- BACHRACH LL. The urban environment and mental health. Internat J Soc Psychiatry (1992 a) 38,1 : 5 - 15
  
- BACHRACH LL. What we know about homelessness among the mentally ill persons: an analytical review and comentary. Hosp Community Psychiatry (1992 b) 43,5 : 453 - 464
  
- BAHR HN y HOUTS KC. Can you trust a homeless man? A comparison of official records and interview responses by Bowery men. Public Opinion Quarterly (1971) 35 : 917 - 921
  
- BALL J y HAVASSY BE. A survey of the problems and needs of homeless consumers of acute psychiatric services. Hosp Community Psychiatry (1984) 35,9 : 917 - 921
  
- BASSUK EL, RUBIN L y LAURIAT A. Is homelessness a mental health problem? Am J psychiatry (1984) 141,12 : 1546 -1550



- BAXTER E y HOPPER K. The new mendicancy: homeless in New York city. Am J Orthopsychiat (1982) 52 : 393 - 408
  
- BAXTER E y HOPPER K. Shelter and housing for the homeless mentally ill. En LAMB HR (ed.) The Homeless Mentally Ill. American Psychiatric Association. Washington, 1984
  
- BELCHER JR. Defining the service needs of homeless mentally ill persons. Hosp Community Psychiatry (1988) 39,12 : 1203 -1205
  
- BELCHER JR y DIBLASIO FA. The need of depressed homeless persons: designing appropriate services. Comm Mental Health J (1990) 26,3 : 255 - 266
  
- BENDA BB. Undomiciled : a study of drifters, other homeless persons, their problems and service utilization. Psychosociology Rehabilitation J (1991) 14,3 : 39 - 67
  
- BENDA BB y DATTALO P. Homelessness: consequence of a crisis or a long-term process? Hosp Community Psychiatry (1988) 39,8 : 884 - 886
  
- BENNET DH y FREEMAN HL. Community Psychiatry. Churchill Livingstone. Londres, 1991
  
- BENNET MI, GUDEMAN JE, JENKINS L, BROWN A y BENNET MB. The value of Hospital-based treatments for the homeless mentally ill. Am J Psychiatry (1988) 145,10 : 1273 - 1276
  
- BERRY C y ORWIN A. No fixed abode: a survey of mental hospital admissions. Br J Psychiatry (1966) 112 : 1019 - 1025
  
- BLANKERTZ LE et al. Outreach efforts with dually diagnosed homeless persons. Families in Society (1990) 387 - 395

- BOLLINI P y MOLLICA RF. Surviving without the asylum: an overview of the studies on the Italian reform movement. *J Nervous Mental Diseases* (1989) 177: 607 – 615
  
- BORUS JF. Deinstitutionalization of the chronically mentally ill. *N Engl J Med* (1981) 306,6 : 339 – 342
  
- BREAKEY WR, FISCHER PJ, KRAMER M et al. Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. *JAMA* (1989) 262,10 : 1352 – 1357
  
- BREAKEY WR, SUSSER E y TIMMS P. Services for the homeless mentally ill. En THORNICROFT G, BREWIN CR y WING J. *Measuring mental health needs*. Gaskell. Londres, 1992
  
- BRICKNER PW, FILARDO T, ISEMAN M, GREEN R, CONANAN B y ELVY A. Medical aspects of homelessness. En LAMB HR. *The Homeless Mentally Ill*. American Psychiatric Association. Washington, 1984
  
- BRICKNER PW, SCANLAN BC, CONANAN B, ELVY A, MC ADAM J, KEEN L y VICIC WJ. Homeless persons and health care. *Annals of Internal Med* (1986) 104 : 405 – 409
  
- BROADHEAD WE, KAPLAN BH, JAMES SA, WAGNER EH, SCHOENBACH VJ, GRIMSON R et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* (1983) 117,5 : 521 – 537
  
- BRUCE ML, TAKEUCHI DT y LEAF PJ. Poverty and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* (1991) 48 : 470 – 474
  
- BURNAM MA y KOEGEL P. Methodology for obtaining a representative sample of homeless persons. *Evaluation Review* (1988) 12,2 : 117 – 152

- CALDERON A. Plan de creación de un centro de información al transeúnte y de emergencias sociales (material fotocopiado). Albergue Covadonga. Gijón, 1990
  
- CALSYN RJ y MORSE GA. Homeless men and women: commonalities and a service gender gap. Am J Community Psychology (1990) 18 : 597 - 608
  
- CAPLAN G Y KILLILEA M. Support systems and mutual help. Grune & Stratton. New York (1976)
  
- CARITAS ESPAÑOLA - D.I.S. Los transeúntes. Desarraigo y marginación social. Documentación Social (1975) nº 20 (monográfico)
  
- CARITAS ESPAÑOLA. Jornadas Internacionales sobre Reinserción Social del Transeúnte. Zaragoza, 1984
  
- CARITAS ESPAÑOLA. Transeúntes y colectivos «Sin Techo». Encuentro Estatal Febrero 1992 (El Escorial, Madrid). Ed. Cáritas Española. Madrid, 1992
  
- CARPENTER WT y BUCHANAN RW. Schizophrenia. N Engl J Med (1994) 330,10 : 681 - 688
  
- CARTWRIGHT SA. Report on the diseases and physical peculiarities of the negro race. New Orleans Medical and Surgical Journal (1851) 7 : 691 - 715 (cit. SZASZ, 1971)
  
- CASSEL J. The contribution of the social environment to host resistance. Am J Epidemiol (1976) 104 : 107 - 123
  
- CASTEL F, CASTEL R y LOVELL A. La Sociedad Psiquiátrica avanzada. Anagrama. Barcelona, 1980

- CATON CLM, WYATT RJ, FELIX A, GRUNBERG J y DOMINGUEZ B. Follow-up of chronically homeless mentally ill. *Am J Psychiatry* (1993) 150,11 : 1639 – 1642
  
- CATON CLM, WYATT RJ, GRUNBERG J y FELIX A. An evaluation of a mental health program for homeless men. *Am J Psychiatry* (1990) 147,3 : 286 – 289
  
- CHAFETZ L. Withdrawal from the homeless mentally ill. *Comm Mental Health J* (1990) 26,5 : 449 – 461
  
- COBB S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* (1976) 38 : 300 – 314
  
- COHEN CI. Poverty and the course of schizophrenia: implication for research and policy. *Hosp Community Psychiatry* (1993) 44,10 : 951 – 958
  
- COHEN CI y THOMPSON KS. Homeless Mentally Ill or Homeless Ill Mentally? *Am J Psychiatry* (1992) 149,6 : 816 – 823
  
- COHEN LJ. Work and mental health. Personal, social and economic contexts. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol* (1990) 25: 41 – 47
  
- COHEN MB. Social work practice with homeless mentally ill people: engaging the client. *Social Work* (1989) Noviembre 505 –509
  
- COLODRON A. Las Esquizofrenias. Siglo XXI de España ed. Madrid, 1983
  
- COTTLER LB, ROBINS LN, GRANT BF, BLAINE J, TOWLE LH, WITTCHEN HU, SARTORIUS N et al. The CIDI-core substance abuse and dependence questions: cross-cultural and nosological issues. *Br J Psychiatry* (1991) 159 : 653 – 658

– CURNOS F. Involuntary medication and the case of Joyce Brown. *Hosp Comm Psychiatry* (1989) 40,7 : 736 – 740

– CULHANE DP. Ending homelessness among women with severe mental illness: a model program from Philadelphia. *Psychological Rehab J* (1992) 16,1 : 63 – 76

– DAVIS S. Assessing the "criminalization" of the mentally ill in Canada. *Can J Psychiatry* (1992) 37 : 532 – 538

– DAYSON D. The TAPS project 12: crime, vagrancy, death and readmission of the long-term mentally ill during the first year of local reprovision. *Br J Psychiatry* (1993) 162 (suppl. 19) : 40 – 44

– DE MIGUEL A. La sociedad española : 1992-93. Alianza Editorial. Madrid, 1992

– DENNIS DL, BUCKNER JC, LIPTON FR y LEVINE IS. A decade of research and services for homeless mentally ill persons : where do we stand? *Am Psychologist* (1991) 46 : 1129 – 1138

– DE SALVIA D y BARBATO A. Recent trends in mental health services in Italy: an analysis of national and local data. *Can J Psychiatry* (1993) 38,3 : 195 – 202

– DESVIAT M. Desinstitucionalización: programas alternativos al Hospital Psiquiátrico. *Psiquiatría Pública* (1987) 1,2 : 58 – 65

– DESVIAT M. Miseria mental ¿"versus"? miseria social: replica a Enrique González Duro. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* (1988) 8,25 : 361 – 363

– DOHRENWEND BP. Socioeconomic status and mental disorders. En WOLLMAN BP. *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology*. Vol. 10. Wolman editions. New York, 1977

- DOHRENWEND BP. Socio-economic status and psychiatric disorders: are the issues still compelling? Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol (1990) 25 : 41 - 47
  
- DÖRNER K. Ciudadanos y locos. Historia social de la Psiquiatría. Taurus ed. Madrid, 1974
  
- DRAKE RE, ALTERMAN AI y ROSENBERG SR. Detection of substance use disorders in severely mentally ill patients. Comm Mental Health J (1993) 29,2 : 175 - 192
  
- DRAKE RE y OSHER FC. Using Family Psychoeducation when there is no family. Hosp & Comm Psych (1987) 38,3 : 274 - 277
  
- DRAKE RE, WALACH MA y HOFFMAN JS. Housing instability and homelessness among aftercare patients of an urban state hospital. Hosp Community Psychiatry (1989) 40,1 : 46 - 51
  
- E.D.I.S. (EQUIPO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS). Salud mental y prensa en Galicia. Análisis de contenido. Colección Saúde Mental - Serie Reforma Psiquiátrica, nº 7. Ed. Servicio Galego de Saúde. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela, 1991
  
- E.D.I.S. y CARITAS DIOCESANA DE OVIEDO. Realidad social y pobreza en Asturias. Edit. Popular. Madrid, 1991
  
- EDWARDS G, WILLIAMSON V, HAWKER CH y POSTOYAN S. Census of a reception centre. Br J Psychiatry (1968) 114 : 1031 - 1039
  
- EGUIAGARAY M. La creación y utilización del Registro de Casos en Asturias. En GARCIA J y APARICIO V (compiladores). Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo, 1990

- EQUIPO I.M.I. La gente de la calle. En EQUIPO I.M.I. Ingreso Madrileño de Inserción: La exclusión (vol. 3). Consejería de Integración Social. Comunidad de Madrid. Madrid, 1992

- EQUIPO O.I.T. (ALONSO M<sup>ª</sup>E, CALDERON D, CASTRO JM<sup>ª</sup> y CASTRO M). Comunicación escrita sobre la realidad sociológica del transeúnte en Gijón y Asturias. Oficina de Información al Transeúnte. Gijón, 1994

- ESPINOSA J. Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico: una revisión histórica. En : ESPINOSA J (coordinador). Cronicidad en Psiquiatría. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 1986

- FEDERACION ESPAÑOLA MUNICIPIOS Y PROVINCIAS - AYUNTAMIENTO GRANADA. Jornadas Internacionales sobre Reinserción Social del Transeúnte. Granada, 1986

- FERNANDEZ LIRIA A. El concepto de Paciente Crónico Adulto Joven: pertinencia y relevancia para la planificación y organización de los Servicios de Salud Mental. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina Universidad Autónoma. Madrid, 1991

- FERNANDEZ LIRIA A y GARCIA BERNARDO E. Crisis económica, políticas de respuesta y atención a la salud mental en USA (II). Rev Asoc Esp Neuropsiq (1985) V,15 : 453 - 464

- FISCHER PJ. Criminal activity among the homeless: a study of arrests in Baltimore. Hosp Community Psychiatry (1988) 39,1: 46 - 51

- FISCHER PJ y BREAKEY WR. Homelessness and mental health: an overview. Int J Mental Health (1986) 14,4 : 6 - 41

- FISCHER PJ y BREAKEY WR. The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons. Am Psychologist (1991) 46 : 1115 - 1128

- FISCHER PJ, SHAPIRO S, BREakey WR, ANTHONY JC y KRAMER M. Mental health and social characteristics of the homeless : a survey of mission users. Am J Public Health (1986) 76 : 519 – 524
  
- FOUCAULT M. Historia de la locura en la edad clásica. Paidós. Buenos Aires, 1967
  
- FRANCES A y GOLDFINGER SM. "Treating" a homeless mentally ill patient who cannot be managed in the shelter system. Hosp Community Psychiatry (1986) 37,6 : 577 – 579
  
- FRONER G. AIDS and homelessness. J Psychoactive Drugs (1988) 20,2 : 197 – 202
  
- FRONER G y ROWNIAK S. The health outreach team : taking AIDS education and health care to the streess. AIDS Education & Prevention (1989) 1,2 : 105 – 118
  
- FUNDACION PUBLICA DE SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES. Perfil psico-social de los transeúntes de Gijón. Gijón,1991
  
- GAMO E. Información sobre salud mental en la prensa. Su repercusión en la educación sanitaria. Rev Asoc Esp Neuropsiq (1992) XII,40 : 43 – 57
  
- GARCIA ESTRADA A. Carta a la Directora. Rev Asoc Esp Neuropsiq (1989) IX,28 : 169 – 170
  
- GARCIA J. Epistemología de la Desinstitucionalización. Un bosquejo teórico sobre los modos de decidir, pensar y conocer en el proceso de desinstitucionalización. Psiquiatría Documentos de Psiquiatría Comunitaria (1990) 0 : 7 – 11
  
- GARCIA J y APARICIO V. (compiladores) Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo, 1990



- GARCIA TUTOR F. Consideraciones sobre algunos términos relacionados con el colectivo de transeúntes (Comunicación presentada al Encuentro Estatal del Programa Transeúntes y Colectivos « Sin Techo » . El Escorial 7,8 y 9 Febrero 1992). Cáritas Española. Madrid, 1992
  
- GELBERG L y LINN LS. Social and physical health of homeless adults previously treated for mental health problems. Hosp Community Psychiatry (1988) 39,5 : 510 - 516
  
- GELBERG L, LINN LS y LEAKE BD. Mental health, alcohol and drug abuse and criminal history among homeless adults. Am J Psychiatry (1988) 145,2 : 191 - 196
  
- GENET J. Diario del ladrón. Seix Barral. Barcelona, 1988
  
- GOLDBERG D y HUXLEY P. Enfermedad mental en la comunidad. Ediciones Nieva. Madrid, 1990 (versión original 1980)
  
- GOLDFINGER SM et al. Treatment resisters re system resisters? Toward a better service system for acute care recidivists. New directions for Mental Health Services (1984) 21 : 17 - 27
  
- GOMEZ BENEYTO M, ASECIO A, BELENGUER MJ, CEBRIAN A, CERVERA G, LLOPIS V et al. Desinstitutionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: un análisis de la experiencia del Hospital Psiquiátrico «Padre Jofré», de Bétera (1974 - 1986). En : ESPINOSA J (coordinador). Cronicidad en Psiquiatría. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 1986
  
- GONZALEZ I. La desinstitutionalización en la red de salud mental de Asturias. Servicio de Publicaciones Consejería Sanidad y servicios Sociales de Asturias. Oviedo, 1992
  
- GONZALEZ DURO E. Demanda y oferta de hospitalización psiquiátrica. Rev Asoc Esp Neuropsiq (1988) 8, 24 : 45 - 52

- GONZALEZ DURO E. Historia de la locura en España (siglos XIII al XVII). Tomo I. Ed. Temas de Hoy, S.A. Madrid, 1994
  
- GOODMAN L, SAXE L y HARVEY M. Homelessness as psychological trauma: broadening perspectives. Am Psychologist (1991) 46 : 1219 – 1225
  
- GREENBLATT M y ROBERTSON MJ. Life-style, adaptative strategies and sexual behaviors of homeless adolescents. Hosp Community Psychiatry (1993) 44,12 : 1177 – 1180
  
- GRUNBERG J y EAGLE PF. Shelterization: how the homeless adapt to shelter living. Hosp Community Psychiatry (1990) 41,5 : 521 – 525
  
- HAMID WA, WYKES T y STANSFELD S. The homeless mentally ill: myths and realities. Internat J Soc Psychiatry (1993) 38,4 : 237 – 254
  
- HAMSUN K. Hambre. Colección Los Premios Nobel de Literatura. Ediciones G.P. Barcelona, 1961
  
- HAUGLAND G, CRAIG TJ, GOODMAN AB y SIEGEL C. Mortality in the era of Deinstitutionalization. Am J Psychiatry (1983) 140,7 : 848 – 852
  
- HERRMAN H, MC GORRY P, BENNET P, VAN RIEL R y SINGH B. Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne. Am J Psychiatry (1989) 146,9 : 1179 – 1184
  
- HERZBERG JL. A comparison of men and women admitted to an east London Psychiatric Hospital. Br J Psychiatry (1987) 150 : 621 – 627
  
- HOGG LI y MARSHALL M. Can we measure need in the homeless mentally ill? Using the MRC needs for care assessment in hostels for the homeless. Psychol Med (1992) 22 : 1027 – 1034

- HUERTAS R. Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Madrid, 1992
  
- HUERTAS R. El delincuente y su patología. Medicina, crimen y sociedad en el positivismo argentino. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 1991
  
- HUTTUNEN JK. Socioeconomic differences in health. A challenge for research and health policy in Europe. Biomedical & Health Research (1993) 4,3 : 1 - 2
  
- JABENSKY A. Epidemiology of schizophrenia: a european perspective. Schiz Bull (1986) 12,1 : 52 - 73
  
- JANÇA, ROBINS LN, COTTLER LB y EARLY TS. Clinical observation of assessment using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Br J Psychiatry (1992) 160 : 815 - 818
  
- KASINDORF J. The real history of Billie Boggs. Was Koch right or the civil libertarians? New York (1988) 2 de Mayo : 36 - 44
  
- KATZ SE, NARDACCI D y SABATINI A. Intensive treatment of the homeless mentally ill. American Psychiatric Press, Inc. Washington (1993)
  
- KELLY JA, MURPHY DA, BAHR R, BRASFIELD TL, DAVIS DR y HAUTH AC. AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. Am J Psychiatry (1992) 149,7 : 886 - 889
  
- KOEGEL P y BURNAM MA. Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. Arch Gen Psychiatry (1988) 45: 1011 - 1018
  
- KOEGEL P, BURNAM MA y FARR RK. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. Arch Gen Psychiatry (1988) 45 : 1085 - 1092

- KOEGEL P y OOVREBO B. Ethnographic and qualitative approaches. En MORRISSEY JP y DENNIS DL. Homeless and mental illness: toward the new generation of research studies. Office of programs for the HL.M.I.-NIMH. New York, 1990

- KRAMER M, VON KORFF M y KESSLER L. The lifetime prevalence of mental disorders: estimation, uses and limitations. Psychological Med (1980) 10 : 429 - 435

- KROLL J, CAREY K, HAGEDORN D, DOG PFF y BENAVIDES E. A survey of homeless adults in urban emergency shelters. Hosp Community Psychiatry (1986) 37,3 : 283 - 286

- LAMB HR. Young Adult Chronic Patients: the new drifters. Hosp Community Psychiatry (1982) 33,6 : 465 - 468

- LAMB HR. The Homeless Mentally Ill. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. Washington, 1984

- LAMB HR. Deinstitutionalization at the crossroads. Hosp Community Psychiatry (1988) 39,9 : 941 - 945

- LAMB HR. Perspectives on effective advocacy for homeless mentally ill persons. Hosp Community Psychiatry (1992) 43,12 : 1209 - 1212

- LAMB HR. Lessons learned from deinstitutionalization in the United States. Br J Psychiatry (1993) 162 : 587 - 592

- LAMB HR y GRANT RW. The mentally ill in an urban county jail. Arch Gen Psychiatry (1982) 39 : 17 - 22

- LAMB HR y LAMB DM. Factors contributing to homelessness among the chronically and severely mentally ill. Hosp Community Psychiatry (1990) 41,3 : 301 - 305

– LEAVY RL. Social support and psychological disorders: a review. J Comm Psychology (1983) 11 : 3 – 21

– LEDA C y ROSENHECK R. Mental health status and community adjustments after treatment in a residential treatment program for homeless veterans. Am J Psychiatry (1992) 149,9 : 1219 – 1224

– LEFF J. All the homeless people: where do they all come from? Br Med J (1993) 306 : 669 – 670

– LEHMAN AF y LINN LS. Crimes against discharged mental patients in boards-and-care homes. Am J Psychiatry (1984) 141,2 : 271 – 274

– LESAGE AD y TANSELLA M. Comprehensive community care without long stay beds in mental hospital: trends from an italian good practice area. Can J Psychiatry (1993) 38,3 : 187 – 193

– LESHNER AI. A new system of care for the homeless mentally ill (editorial). Hosp Community Psychiatry (1992) 43,9 : 865

– LEVINE M, TORO PA y PERKINS DV. Social and community interventions. Ann Rev Psychology (1993) 44 : 525 – 558

– LINHORST DM. The use of Single Room Occupancy (SRO) housing as a residential alternative for persons with a chronic mental illness. Comm Mental Health J (1991) 27,2 : 135 – 144

– LIPTON FR, SABATINI A y KATZ SE. Down and out in the homeless mentally ill. Hosp Community Psychiatry (1983) 34,9 : 817 – 821

- LIPTON FR, NUTT S y SABATINI A. Housing the homeless mentally ill: a longitudinal study of a treatment approach. *Hosp Community Psychiatry* (1988) 39,1 : 40 – 45
  
- LOPEZ GAY D. Vigilancia Epidemiológica del SIDA/VIH. *Noticias de Salud* (1994) 2 (monográfico SIDA): 113 – 136
  
- LOVELL A y SHERN D. Assessing mental health status among adults who are homeless. En MORRIESSEY JP y DENNIS DL. Homeless and mental illness: toward the new generation of research studies. Office of programs for the Hl.M.I.- NIMH. New York, 1990
  
- MANSILLA F. Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* (1993) 45 : 124– 129
  
- MARTIN BARROSO C, ALBA F, DIAZ JM et al (E.D.I.S.). Transeúntes y Albergues. *Documentación Social* (1985) Número doble : 60 – 61 (monográfico)
  
- MARTINEZ-WEBER C. The homeless person with diabetes. *Postgraduate Med* (1987) 81,1 : 289 – 296
  
- MAYER-GROSS W, SLATER E y ROTH M. *Psiquiatría Clínica*. (3ª ed. esp.) Paidós. Buenos Aires, 1958
  
- MAYORAL F. Tratamiento de pacientes crónicos en la comunidad. Algunas consideraciones en torno a la desinstitutionalización. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* (1989) IX,28 : 123 – 131
  
- MICHAEL M y BRAMMER S. Medical treatment of homeless hypertensives. *Am J Public Health* (1988) 78,1 : 94

- MILLER LJ. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. Hosp Community Psychiatry (1990) 41,11 : 1233 - 1237
  
- MILLET L, COLLET JC, DUROU B, KULIK J, MICAS M y PON J. Vagabondage, espaces et philobatismo. Annales Médico - Psychologiques (1981) 139,2 : 219 - 228
  
- MORRISSEY JP y DENNIS DL. Homeless and mental illness: toward the next generation of research studies. Office of Programs for the Homeless Mentally Ill - National Institute of Mental Health. New York, 1990
  
- MORSE GA, CALSYN RJ y BURGER GK. A comparison of taxonomic systems for classifying homeless men. Internat J Soc Psychiatry (1991) 37,2 : 90 - 98
  
- MORTON MJ. Prediction of repetition of parasuicide: with special reference to unemployment. Internat J Soc Psychiatry (1993) 39,2 : 87 - 99
  
- MOUREN MC, RAJAONA FR, THIEBAUX M y TATOSSIAN A. Le vagabondage: aspects psychologiques et psychopathologiques. Annales Médico - Psychologiques (1977) 2,3 : 415 - 447
  
- MOWBRAY CT, SUE JOHNSON V y SOLARZ A. Homelessness in a state hospital population. Hosp Community Psychiatry (1987) 38,8 : 880 - 882
  
- NARDELL E, MC INNIS B, THOMAS B y WEIDHASS S. Exogenous reinfection with Tuberculosis in a shelter for the homeless. N Engl J Med (1986) 315 : 1570 - 1575
  
- NERON G. El niño vagabundo. Luis Miracle Editor. Barcelona, 1953
  
- NORTH CS y SMITH EM. Posttraumatic stress disorder among homeless men and women. Hosp Community Psychiatry (1992) 43,10 : 1010 - 1016

- NORTH CS y SMITH EM. A sistematic study of mental health services utilization by homeless men and women. Soc Psychiatry Epidem (1993) 28 : 77 - 83

- NORTH CS, SMITH EM y SPITZNAGE EL. Is antisocial personality a valid diagnosis among the homeless? Am J Psychiatry (1993) 150,4 : 578 - 583

- O'DRISCOLL C. The TAPS Project 7: mental hospital closure. A literature review of outcome studied and evaluative techniques. Br J Psychiatry (1993) 162 (suppl. 19) : 7 - 17

- OFICINA DE INFORMACIÓN AL TRANSEÚNTE. Informe para Coordinadora Interinstitucional. Enero 1992 (material fotocopiado)

- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. CIE-10: Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. Madrid, 1992

- ORWELL G. Sin blanca en París y Londres. Destino libro, nº 197. Barcelona, 1980

- PALOMO T. Repercusiones epistemológicas de la irrupción de los psicofármacos. En : DESVIAT M (coordinador). Epistemología y práctica psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 1990

- PASCUAL M y RAMIREZ M. Una experiencia de intervención interdisciplinar con personas sin hogar en Barcelona. III Jornadas Psicología de la Intervención Social (Madrid, Nov. 1991) Colección Servicios Sociales, nº 19. INSERSO. Madrid, 1993

- PATERSON CM y RODERICK P. Obstretic outcome in homeless women. Br Med J (1990) 301: 263 - 266

- PEPPER B, KIRSHNER MC y RYGLEWICZ H. The Young Adult Patient Chronic: overview of a population. Hosp Community Psychiatry (1981) 32,7 : 463 - 469



- PEPPER B y RYGLEWICZ H. Testimony for the neglected: the mentally ill in the post-Deinstitutionalized age. *Am J Orthopsychiat* (1982) 52,3 : 388- 392
  
- PIRELLA A. La psiquiatría institucional entre transformación y racionalización: el caso italiano. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* (1987) VII,20 : 4 - 18
  
- PRIEST RG. The Edinburgh homeless: a psychiatric survey. *Am J Psychother* (1971) 25 : 194 - 213
  
- PRIEST RG. The homeless person and psychiatric services: an Edinburgh survey. *Br J Psychiatry* (1976) 128 : 128 - 136
  
- RAMSDEN SS, NYRI P, BRIDGEWATER J y EL-KABIR DJ. A mobile surgery for single homeless people in London. *Br Med J* (1989) 298 : 372 - 374
  
- RENDUELES G. Los límites de la reforma psiquiátrica: Asturias 1980 -1990. *Abaco* (1991) 10 : 33 - 46
  
- RENES V. Cuarto mundo y nuevos pobres. En CARITAS ESPAÑOLA. La pobreza en España. Extensión y causas. Seminario 9-11 Octubre 1986. Madrid, 1986
  
- RENES V. Renta mínima garantizada, antesala del salario garantizado. *Acontecimiento* (1990) VI,16 : 41 - 51
  
- RICO P. Salud mental y general de la población transeúnte. Estudio en el albergue "San Vicente de Paúl" de Aranjuez. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá de Henares, 1991
  
- RICO P, VEGA LS y ARANGUREN L. Trastornos psiquiátricos en transeúntes: un estudio epidemiológico en Aranjuez (Madrid) (pendiente de publicación *Rev Asoc Esp Neuropsiq*)

– ROBERTSON MJ y COUSINEAU MR. Health status and access to health services among the urban homeless. Am J Public Health (1986) 76 : 561 – 563

– ROBINS LN, WING J, WITTCHEN HU, HELZER JE, BABOR TF, BURKE J et al. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Arch Gen Psychiatry (1988) 45 : 1069 – 1077

– RODRIGUEZ DIAZ A, LAGUNA C y PANADERO M. Transeúntes e indigentes. Estados de necesidad y respuesta social. Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. Madrid, 1986

– RODRIGUEZ GONZALEZ A y GOMEZ M. El I.M.I. y la población con enfermedades mentales crónicas. En EQUIPO I.M.I. Ingreso Madrileño de Inserción: La Exclusión (vol. 3). Consejería de Integración Social. Comunidad de Madrid. Madrid, 1992

– ROJAS MARCOS L. Media power and public mental health policy. Am J Psychiatry (1989) 146,9 : 1185 – 1189

– ROJAS MARCOS L. Political psychiatry: the New York City Homeless Mentally Ill Initiative. Adm & Policy in Mental Health (1990) 18,2 : 81 – 90

– ROJAS MARCOS L. Taking the mentally ill off the streets: the case of Joyce Brown. Int J Mental Health (1991) 20,2 : 7 – 16

– ROJAS MARCOS L. La ciudad y sus desafíos. Espasa Calpe. Madrid, 1993

– ROJAS MARCOS L, COHEN NL, NARDACCI D y BRITTAIN J. Psychiatry takes to the streets : the New York city initiative for the homeless mentally ill. Am J Psychiatry (1990) 147,11 : 1557 – 1561

– ROJO J, ROJO M, VALDEMORO C y ROJO SIERRA M. El delirio de transformación licantrópico. Acats Luso-Esp Neurol Psiquiatr (1990) 18,5 : 327 – 331

- ROSENFELD S. Homelessness and rehospitallitation: the importance of housing for the chronic mentally ill. *J Comm Psychology* (1991) 19,1 : 60 – 69
  
- ROSSI PH, WRIGHT JD, FISHER GA y WILLIS G. The urban homeless: estimating composition and size. *Science* (1987) 235 : 1336 – 1341
  
- ROTELLI F, DE LEONARDIS O y MAURI D. Desistitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa occidental y de los « países avanzados »). *Rev Asoc Esp Neuropsiq* (1987) VII,21 : 165 – 187
  
- ROTH D y BEAN GJ. New perspectives on homelessness: findings from a statewide epidemiological study. *Hosp Community Psychiatry* (1986) 37,7 : 712 – 719
  
- ROTHERAM-BORUS MJ, KOOPMAN C y EHRHARDT AA. Homeless youths and HIV infection. *Am Psychologist* (1991) 46 : 1188 – 1197
  
- RUBIO-STIPEC M, BRAVO M y CANINO G. La CIDI: un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas. *Acta Psiquiat Psicol Amér Latina* (1991) 37,3 : 191 – 204
  
- RUTTER M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* (1985) 147 : 598 – 611
  
- SACKS JM, PHILLIPS J y CAPPELLETTY G. Characteristics of the homeless. Mentally disordered population in Fresno County. *Comm Mental Health J* (1987) 23,2 : 114 – 119
  
- SANTIAGO JM, BACHRACH LL, BERREN MR y HANNAH MT. Defining the homeless mentally ill: a methodological note. *Hosp Community Psychiatry* (1988) 39,10 : 1100 – 1102
  
- SARRÓ B y NOGUÉ S. Suicidios. *Med Clin (Barc)* (1992) 98 : 624 – 626

- SCHIEFFELBEIN CW y SNIDER DE. Tuberculosis control among homeless populations. Arch Intern Med (1988) 148,8 : 1843 – 1846
  
- SCHNABEL P. Down and out: social marginality and homelessness. Internat J Soc Psychiatry (1992) 38,1 : 59 – 67
  
- SCHWARTZ SR y GOLDFINGER SM. The new chronic patient: clinical characteristics of an emerging group. Hosp Community Psychiatry (1981) 32,7 : 470 – 474
  
- SCOTT J. Homelessness and mental illness. Br J Psychiatry (1993) 162 : 314 – 324
  
- SEGAL SP, BAUMOHL J y JOHNSON E. Falling through the cracks: mental disorder and social margin in a young vagrant population. Social Problem (1977) 24 : 387 – 400
  
- SEGAL SP y BAUMOHL J. Engaging the disengaged: proposals on madness and vagrancy. Social Work (1980) 11 : 358 – 365
  
- SHANER A. Asylums, asphalt and ethics. Hosp Comm Psychiatry (1989) 40,8 : 785 – 786
  
- SHEETS JL, PREVOST JA y REIHMAN J. Young Adult Chronic Patients: three hypothesized subgroups. Hosp Community Psychiatry (1982) 33,3 : 197 – 203
  
- SHINN M. Homelessness: What is a psychologist to do? Am J Community Psychol (1992) 20,1 : 1 – 24
  
- SHLAY AB y ROSSI PH. Social science research and contemporary studies of homelessness. Annu Rev Sociol (1992) 18 : 129 – 160

- SIMONS R, WHITBECK LB y BALEJ A. Life on streets: victimization and psychological distress among the homeless adults. *J Interpersonal Violence* (1989) 4,4 : 482 – 501
  
- STENGEL E. Studies on the psychopathology of compulsive wandering. *Br J Med Psychology* (1939) 18 : 250 – 254
  
- STENGEL E. On the aetiology of the Fugue States. *J of Mental Sci* (1941) Oct: 572 – 599
  
- STENGEL E. Further studies on pathological wandering (fugues with the impulse to wander). *J of Mental Sci* (1943) April : 224 – 241
  
- SURBER RW, DWYER E, RYAN KJ, GOLDFINGER SM y KELLY JT. Medical and psychiatric needs of the homeless. A preliminary response. *Social Work* (1988) Marzo–Abril : 116 – 119
  
- SUSSER E, CONOVER S y STRUENING EL. Mental illness in the homeless. Problems of epidemiological method in surveys of the 1980. *Comm Mental Health J* (1990) 26,5 : 391 – 414
  
- SUSSER E, CONOVER S y STRUENING EL. Problems of epidemiological method in assessing the type and extent of mental illness among homeless adults. *Hosp Community Psychiatry* (1989) 40,3 : 261 – 265
  
- SUSSER E, LIN SP y CONOVER SA. Risk factors for homelessness among patients admitted to a state mental hospital. *Am J Psychiatry* (1991) 148,12 : 1659 – 1664
  
- SUSSER E y STRUENING EL. Diagnosis and screening for psychotic disorders in a study of the homeless. *Schiz Bull* (1990) 16,1 : 133 – 145

- SUSSER E, STRUENING EL y CONOVER S. Childhood experiences of homeless men. *Am J Psychother* (1987) 144,12 : 1599 - 1601
  
- SUSSER E, STRUENING EL y CONOVER S. Psychiatric problems in homeless men. Lifetime psychosis, substance abuse and current distress in new arrivals at New York city shelters. *Arch Gen Psychiatry* (1989) 46 : 845 - 846
  
- SUSSER E, GOLDFINGER SM y WHITE A. Some clinical approaches to the homeless mentally ill. *Comm Mental Health J* (1990) 26,5 : 463 - 480
  
- SZASZ T. The sane slave (an historical note of the use of medical diagnosis as justificatory rhetoric). *Am J Psychother* (1971) 25,2 : 228 - 239
  
- SZASZ T. La fabricación de la locura. Edit. Kairós. Barcelkona, 1974
  
- TEN HORN GHMM, GIEL R, GULBINAT WH y HENDERSON JH. Registros de Casos Psiquiátricos en Salud Pública. Un inventario mundial 1960 - 1985. Colección Saúde Mental - Serie Reforma Psiquiátrica. Servicio de Saúde Mental Xunta de Galicia. Santiago de Compostela, 1986
  
- TORRES RA et al. Homelessness among hospitalized pstients with AIDS in New Kork. *JAMA* (1987) 258,6 : 779 - 780
  
- VAN PUTTEN MD, CRUMPTON E y YALE C. Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Arch Gen Psychiatry* (1976) 33 : 1443 - 1446
  
- VAZQUEZ BARQUERO JL. Psicopatología rural y urbana a partir de los estudios comunitarios. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* (1982) 10,3 : 119 - 126
  
- VAZQUEZ BARQUERO JL, PEÑA C, DIEZ MANRIQUE JF y LIAÑO A. Perfiles de riesgo de enfermedad mental en la población general. *Actas Luso-Esp Nerol Psiquitr* (1991) 19,1 : 62 - 76

- VAZQUEZ BARQUERO JL, HERRERA S y GAITE L. La entrevista estructurada en Psiquiatría. Rev Asoc Esp Neuropsiq (1993) XIII,44 : 19 – 27
  
- VEGA LS. Psicopatología de la pobreza: estudio en Atención Primaria. Tesina de Licenciatura. Universidad Complutense de Madrid, 1988
  
- VERDOUX H, GOUMILLOUX R y BOURGEOIS M. Voyages et pathologie psychiatrique: une série de 29 cas. Annales Médico – Psychologique (1993) 151,8 : 581 – 585
  
- VIDAL MARZO FJ. Transeúntes e indigentes : proceso de desarrollo y marginacion abordaje. Cuadernos de servicios sociales (1992) 2 : 8–13
  
- VIELVA MC. Estrés psicosocial y alteraciones emocionales en transeúntes marginados. Papel moderador de las redes de apoyo social. Intervención Psicosocial (1992) 1,1 : 79 – 86
  
- WATTS FN y BENNET DH (compiladores). Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y Práctica. 1ª ed. esp. Noriega Editores. México, 1990
  
- WELTE JW y BARNES GM. Drinking among homeless and marginally housed adults in New York state. J Studies Alcohol (1992) 53,4 : 303 – 315
  
- WENZEL SL. Length of time spent homeless: implications for employment of homeless persons. J Comm Psychology (1992) 20,1 : 57 – 71
  
- WHO–OMS. Composite International Diagnostic Interview. Core versión 1.0 (versión en español). WHO–OMS. Geneve, 1989
  
- WINKELEBY MA y WHITE R. Posttraumatic stress disorders among homeless men and women. Hosp Community Psychiatry (1992) 43,10 : 1010 – 1016

– WINKELEBY MA y WHITE R. Homeless adults without apparent medical and psychiatric impairment : onset of morbidity over time. *Hosp Community Psychiatry* (1992) 43,10 : 1017 – 1023

– WITTCHEN HU, ROBINS LN, COTTLER LB, SARTORIUS N, BURKE JD, REGIER D, et al. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite international Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry* (1991) 159 : 645 – 653

– WITTCHEN HU, VICENTE B, VIELMA M, RIOSECO P y URIBE M. Manual de uso del CIDI-core versión 1.0 (versión en español) WHO-OMS. Gineve,1989

– WRIGHT JD. The homeless mentally ill: what is myth and what is fact? *Social Problems* (1988) 35,2 : 182 – 191

– ZAX M y COWEN EL. *Psicopatología* (2ª ed.) Interamericana. México,1976

– ZULAICA D. SIDA : un reto para el Sistema Nacional de Salud. *Noticias de Salud* (1994) 2 (monográfico SIDA): 147 – 158



**A N E X O   I**

**C U E S T I O N A R I O S**

ESTUDIO TRANSEUNTES EN O.I.T. (GIJON, 1992-93)

- FILIACION: - DIA ... MES ... AÑO ... de Nacimiento
  - LUGAR NACIMIENTO: - MUNICIPIO de ASTURIAS
    - o PROVINCIA
    - o PAIS EXTANJERO
- Nº ESTUDIO: ...
- ¿Se le hará entrevista médica (CIDI): (1) SI (2) NO

V A R I A B L E S      S O C I O - D E M O G R A F I C A S

1. SEXO: (1) VARON (2) MUJER
2. EDAD: ... años
3. ESTADO CIVIL: (1) Soltero/a (4) Divorciado/a  
(2) Casado/a (5) Separado/a  
(3) Viudo/a
4. NUMERO DE HIJOS (vivos): ...
5. NIVEL DE INSTRUCCION (\* ver Código)
  - (1) Analfabeto
  - (2) Instrucción Elemental o "Estudios Primarios"
  - (3) Graduado Escolar
  - (4) Bachillerato Elemental o E.G.B.
  - (5) Bachillerato Superior, B.U.P. o C.O.U.
  - (6) Formación Profesional 1<sup>er</sup> Grado
  - (7) Formación Profesional 2<sup>o</sup> Grado
  - (8) Escuelas Universitarias de Grado Medio
  - (9) Facultades o Escuelas Técnicas Superiores
  - (0) No clasificados por grados y no bien especificados

6. PROFESION (independientemente de la ocupación que en el momento actual esté realizando)

- (1) Peón, Jornalero
- (2) Obrero Semicualificado
- (3) Obrero Cualificado
- (4) Cuadros Medios: empleados de oficina,  
vendedores,  
técnicos medios...
- (5) Cuadros Superiores y profesiones liberales
- (6) Directores de Empresas y Sociedades
- (7) Pequeños Empresarios
- (8) Grandes Empresarios
- (9) Ocupaciones MARGINALES
- (0) SIN PROFESION

7. SITUACIÓN LABORAL (categoría socio-laboral ACTUALMENTE o en el último mes; motivo de su desocupación)

- (1) En paro SIN subsidio
- (2) En paro con subsidio
- (3) Retirados, jubilados, pensionistas
- (4) Rentistas
- (5) Escolares o estudiantes; menores de 18 años edad
- (6) Dedicados a Labores Domésticas exclusivamente  
(las "empleadas de hogar" se codifica "peón")
- (7) INCAPACITADOS permanentes para el trabajo  
(por motivos físicos o psíquicos)
- (8) Otros Inactivos (MINIUSVALIDOS)
- (9) Peón, jornalero, empleadas hogar.. FIJO
- (10) " " " " EVENTUAL
- (11) Obrero Semicualificado FIJO
- (12) " " " EVENTUAL
- (13) Obrero Cualificado FIJO
- (14) " " " EVENTUAL
- (15) Cuadros Medios, Superiores, Empresarios

8. Si NO está "en activo": ¿ULTIMA VEZ QUE TRABAJO (pagado y durante más de 1 mes seguido como mínimo)

- (1) Hace MENOS de 1 AÑO
- (2) De 1 a 5 AÑOS
- (3) Hace MAS de 5 AÑOS
- (0) NUNCA TRABAJO

9. ¿Tiene Ud. INGRESOS ECONOMICOS FIJOS MENSUALES?

(1) SI

(2) NO

10. ¿INGRESOS ECONOMICOS habituales actualmente?

(1) SUELDO FIJO

(2) TRABAJOS EVENTUALES frecuentes

(3) AYUDA SOCIAL REGULAR ("Salario Social", LISMI,  
FAS,,)

(4) PENSION o JUBILACION

(5) LIMOSNA

(6) OTROS (trabajos eventuales "de vez en cuando",  
ayudas sociales no fijas,  
caridad, "buscarse la vida"...)

11. DURACION MAXIMA en un trabajo:

(1) Menos de 6 MESES

(2) 6 MESES hasta 1 AÑO

(3) 1 AÑO hasta 3 AÑOS

(4) Más de 3 AÑOS

(0) NUNCA TRABAJO

# S O P O R T E      S O C I A L

1. Sus RELACIONES con FAMILIARES o PERSONAS CERCANAS  
(no profesionales) durante el ULTIMO AÑO han sido:
  - (1) Frecuentes
  - (2) Raras, "de tarde en tarde", inhabituales..
  - (3) NULAS desde ya hace tiempo
  - (4) NO tiene familia conocida
2. ¿Tiene Ud. PAREJA ESTABLE actualmente? 
  - (1) SI
  - (2) NO
3. ¿Tiene Ud. alguna PERSONA DE CONFIANZA a quien acudir cuando tiene necesidades o problemas de cualquier tipo?  
  - (0) NO
  - (1) SI: un familiar
  - (2) SI: un amigo , vecino...
  - (3) SI: profesional social, sanitario...
  - (4) SI: religiosa/a
  - (5) SI: otro transeúnte
4. ¿Se siente UD. SOLO? (soledad / abandono) 
  - (1) SI
  - (2) NO
5. ¿De quién recibió AYUDA en el ULTIMO AÑO? (Enumerar)
  - (1) ALBERGUES para transeúntes o similares
  - (2) "COCINA ECONOMICA" o Comedores Benéficos
  - (3) ROPEROS
  - (4) SERVICIOS SOCIALES Ayto., O.I.T. u Otros
  - (5) CARITAS parroquiales o provincial
  - (6) MEDICO DE CABECERA
  - (7) Servicios de URGENCIAS HOSPITALARIOS
  - (8) Servicios de SALUD MENTAL (psiquiatra, psicólogo, Asistente Social C.S.Mental)
  - (9) OTROS
  - (0) DE NADIE

6 . Su PADRE , ¿Vive ?

(1) SI

(\*\*) Si murió: Anotar el AÑO

(3) NO SABE si murió o no

(99) Murió... pero no sabe el AÑO ni siquiera  
aproximadamente

7 . Su MADRE, ¿Vive?

(1) SI

(\*\*) Si murió: Anotar el AÑO

(3) NO SABE si murió o no

(99) Murió... pero no sabe el AÑO ni siquiera  
aproximadamente

## TRANSEUNTISMO

- TRANSEUNTISMO

8. ¿Cuántos DIAS AL MES (aprox.) duerme en la calle o en refugios inadecuados como portales, casas abandonadas, puentes... en INVIERNO y/o si LLUEVE / hace FRIO?
- (1) NUNCA
  - (2) 1 a 5 DIAS
  - (3) 6 a 15 DIAS
  - (4) Con frecuencia MAS de 16 DIAS
9. ¿Cuántos DIAS AL MES (aprox.) duerme en la calle o en refugios inadecuados como portales, casas abandonadas, puentes, aire libre... en VERANO Y/o con BUEN CLIMA?
- (1) NUNCA
  - (2) 1 a 5 DIAS
  - (3) 6 a 15 DIAS
  - (4) Con frecuencias MAS de 16 DIAS
10. ¿Tiene Ud. D.N.I.? (1) SI  
(2) NO
11. ¿Tiene Ud. CARTILLA SANITARIA? (1) SI  
(2) NO
12. ¿Pide Ud. LIMOSNA habitualmente, como forma de conseguir dinero para sus necesidades...?
- (1) SI, habitualmente...
  - (2) SI, "A VECES" (esporádicamente)
  - (3) NUNCA
13. Siendo Ud. transeúnte, ¿Ha vendido SANGRE en alguna ocasión?
- (1) SI
  - (2) NO
14. ¿Ha tenido Ud. alguna vez PROBLEMAS JUDICIALES: juicios u otros, SIN incluir si sólo fur detenido policialmente? (\*\*sólo si en ese momento era transeúnte)
- (1) SI
  - (2) NO
15. ¿Ha estado Ud. alguna vez en la CARCEL (\*\*sólo si en ese momento era transeúnte)?
- (1) SI
  - (2) NO



16. Durante el ULTIMO AÑO (12 últ. meses), ¿Le HAN ROBADO  
en alguna ocasión? (1) SI  
(2) NO
17. Durante el ULTIMO AÑO, ¿Le han AGREDIDO o intentado pegar,  
violar... en alguna ocasión? (1) SI  
(2) NO
18. En el momento actual, ¿Cómo se encuentra Ud. con el  
TIPO DE VIDA que lleva?  
(1) Conforme, "vivo así por elección personal..."  
(2) A DISGUSTO, BUSCANDO SOLUCIONES  
(3) A DISGUSTO... pero "resignado"; no sabe o  
no quiere cambiar de vida sin hogar...  
(4) OTRA
19. ¿Cuál de éstas es para Ud. la NECESIDAD PRICIPAL en su  
situación ACTUAL? (\* contestar sólo una)  
(1) VIVIENDA  
(2) Recursos ECONOMICOS  
(3) COMPAÑIA  
(4) AYUDA MEDICA (atención física)  
(5) AYUDA PSICOLOGICA o PSIQUIATRICA  
(6) DESINTOXICACION ALCOHOLICA  
(7) DESINTOXICACION A DROGAS (heroína...)  
(8) TRABAJO  
(9) ALBERGUE, COMEDOR...  
(0) OTRA (anotar)

U S O   D E   S E R V I C I O S   M E D I C O S

1. ¿Tiene Ud. alguna ENFERMEDAD FISICA CRONICA o de LARGA EVOLUCION?

. . . . . Anotar . . . . .

2. ¿Toma Ud. algún MEDICAMENTO de forma continuada (p.ej., para la Tensión Arterial, "azúcar en sangre" o para el corazón o bronquios o cualquier otra indicación médica?

. . . . . Anotar . . . . .

(Si tiene informe y /o receta,  
fotocopiarlo, si es posible)

3. En el ULTIMO AÑO (12 últ. meses), ¿Cómo ha sido su ESTADO DE SALUD? (opinión subjetiva)

- (1) BUENO, "sin problemas serios de salud"  
(2) REGULAR, "con achaques a veces..."  
(3) MALO o Muy Malo

4. En el ULTIMO AÑO, ¿Tuvo alguna ENFERMEDAD SERIA o TRAUMATISMO?

- (1) SI  
(2) NO

5. En el ULTIMO AÑO, ¿Tuvo que acudir al MEDICO DE CABECERA por algún motivo "no banal"?

- (1) SI  
(2) NO

6. En el ULTIMO AÑO, ¿Tuvo que acudir o le llevaron a URGENCIAS (no psiquiátricas)?

- (1) SI  
(2) NO

7. En el ULTIMO AÑO, ¿Estuvo HOSPITALIZADO por algún motivo MEDICO o QUIRURGICO (no psiquiátrico NI alcohol NI drogas)?

- (1) SI  
(2) NO

8. \*\* Sólo si ha de tomar algún MEDICAMENTO (¿del tipo que sea, incluido psicofármacos!!):

¿Sigue Ud. el TRATAMIENTO como le recomendó el médico (dosis, consultas de revisión, etc...)?

(1) SI, a las dosis que le indicó

(2) SI... pero "irregularmente" (no todos los días ni todas las dosis o no cumple otras indicaciones médicas...)

(3) NO

USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRICOS
--

1. ¿Ha necesitado Ud. alguna vez EN SU VIDA tratamiento "PARA LOS NERVIOS": por DEPRESION, "nerviosismo", problemas para dormir, ALCOHOL y/o DROGAS? ¿Se lo recomendaron alguna vez(aunque no fuera)?

(1) SI

(8) NO, nunca lo necesité ni me lo recomendaron

(9) NO, aunque alguna vez me lo recomendaron

. . . . . Anotar . . . . .

(Si tiene informe y/o receta,  
fotocopiarlo si es posible)

2. \*\*\* Si contestó SI: ¿En DONDE siguió este/estos TRATAMIENTOS? (Interesa el TIPO de centro más que el Nombre del mismo; si es posible recoger el NOMBRE también... p.ej. Hosp. Psig. de Oviedo, Centro Salud Mental de "Gota de Leche", Pumarín, El Coto, La Calzada..)

(1) MEDICO DE CABECERA o "Atención Primaria"

(2) HOSPITALIZACION PUBLICA (Hospital Psiquiát. o Unidad de Psiquiatría de Hosp. general)

(3) AMBULATORIO PUBLICO (Ambulatorio, Centro de Salud Mental, Hospital de Día...)

(4) TOXICOMANIAS (Desintoxicación, Metadona...)

(5) HOSPITALIZACION PRIVADA

(6) AMBULATORIO PRIVADO ("Consulta privada")

3. \*\*\* Si contestó SI ¿En que AÑO fue la PRIMERA VEZ que siguió este tratamiento?
4. \*\*\* ¿Qué EDAD (aprox.) tenía en esa ocasión?
5. En el ULTIMO AÑO, ¿Tuvo que acudir a algún MEDICO PSIQUIATRA o PSICOLOGO? (NO hospitalario)
  - (1) SI
  - (2) NO
6. En el ULTIMO AÑO, ¿Tuvo que acudir o le llevaron a URGENCIAS DE PSIQUIATRIA?
  - (1) SI
  - (2) NO
7. En el ULTIMO AÑO, ¿Estuvo HOSPITALIZADO por algún motivo de SALUD MENTAL (Incluye Alcohol Y/o Toxicomanías)?
  - (1) SI
  - (2) NO
8. ACTUALMENTE, ¿Necesita o le han aconsejado seguir un TRATAMIENTO y/o seguir consultas con un psiquiatra y/o psicólogo?
  - \*\* (1) SI, pero LO RECHAZA
  - (2) SI y lo cumple REGULARMENTE
  - \*\* (3) SI ... pero muy irregularmente
  - (4) NO
9. \*\*\* Si contestó (1) ó (3): ¿Podría indicarme el MOTIVO?
  - (1) "No lo necesito" (ese tratamiento o ayuda)
  - (2) "No lo quiero" (aunque sepa que lo podría necesitar; p.ej. alcoholismo o drogas)
  - (3) "No me atienden como yo desearía"
  - (4) OTRO motivo ..... (anotar)
10. \*\* Si necesita o le han aconsejado tratamiento ACTUALMENTE ¿Cuál es el MOTIVO?
 

..... Anotar .....
11. \*\* Si toma un TRATAMIENTO PSIQUIATRICO o para DESINTOXICACION DE ALCOHOL y/o DROGAS, ¿Cuál
 

..... Anotar .....

V A L O R A C I O N   T R A B A J A D O R / A   S O C I A L

- 1 . DERIVACION a "O.I.T." o Albergue: (1) INICIATIVA PROPIA  
(2) POLICIA  
(3) A. SOCIAL SS.Sociales  
(Ayto.....)  
(4) Hospital o Urgencias  
GENERALES  
(5) Urgencias PSIQUIATRIA  
(6) Unidad Hospitalización  
PSIQUIATRICA  
(7) OTROS Servicios Salud  
Mental (C.S.M.,...)  
(8) OTROS derivantes.....
- 2 . ¿"REPITE" petición de servicio en "O.I.T." o Albergue en el  
ULTIMO AÑO? (1) SI  
(2) NO
- 3 . Según la IMPRESION PERSONAL del TRABAJADOR/A SOCIAL que ha  
entrevistado (o por conocimiento PREVIO del sujeto),  
¿Cree que este sujeto requiere:  
(1) Atención MEDICA (o descartar patología)  
(2) Atención SALUD MENTAL (o descartar psicopatol.)  
(3) Atención SOCIAL ESPECIFICA (programas reinser-  
ción o similares)  
**(4) Atención ALCOHOLISMO**  
(\*\*) Pueden codificarse varias respuestas  
**(5) Atención TOXICOMANÍAS**
- 4 . Según su IMPRESION PERSONAL... ¿Cree que este sujeto pre-  
senta algún RIESGO DE SUICIDARSE en el momento ACTUAL?  
(1) SI (aunque tenga la más mínima "duda razonable,  
conteste "SI")  
(2) NO
- 5 . Según..... ¿PELIGROSIDAD PARA LOS DEMAS? (actualmente)  
(1) SI (idem)  
(2) NO

6 . Según su IMPRESION PERSONAL... ¿INCAPACIDAD (o dificultades serias por motivos físicos y/o psíquicos) PARA SU AUTOCUIDADO en el momento actual?

(1) SI, de forma CRONICA

(2) SI, de forma PUNTUAL (p.e., enfd. pasajera)

(3) NO (autocuidado adecuado para su cultura y/o costumbres habituales)

7 . Según.... ¿CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL en el momento actual?

(1) SI

(2) NO

8 . Según.... ¿CONSUMO Y/O DEPENDENCIA DE DROGAS (heroína, cocaína, medicamentos "automedicados"..)?

(1) SI

(2) NO

9 . Según... ¿ RIESGO FISICO importante? (por enfermedad física médico-quirúrgica)

(1) SI

(2) NO

10 . Según... ¿RIESGO PSIQUICO importante? (por enfermedad MENTAL GRAVE no controlada)

(1) SI

(2) NO

NOMBRE:

FECHA  
ENTREVISTA

NACIMIENTO:

DIA

MES

AÑO

LUGAR

CODIGO

Nº CASO

¿C.I.D.I.?

¿Hora?

¿Rechaza E. SOCIAL?

¿Rechaza E. MEDICA?

E. PSIQ. ALTERNATIVA

DATOS SOCIO-  
DEMOGRAFICOS

V/M- EDAD

SOPORTE SOCIAL

TRANSEUNTISMO

USO DE SERVICIOS  
MEDICOS

USO DE SERVICIOS  
SALUD MENTAL

Ult. Año

Tratamiento

Ult. Año

¿Tratº actual?

Motivo Rechazo?

Motivo Tratº ACTUAL

Tratº Psicofarmac.

VALORACION  
ASIST. SOCIAL

ENTREVISTADORA:



Servicio: \_\_\_\_\_

Sello \_\_\_\_\_

HISTORIA CLINICA  
HOJA DE DATOS BASICOS

NOMBRE \_\_\_\_\_

1.º APELLIDO \_\_\_\_\_

2.º APELLIDO \_\_\_\_\_

N.º H.ª CL.ª

--	--	--	--	--	--

D. N. I.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. CENTRO \_\_\_\_\_

2. FECHA CONSULTA \_\_\_\_\_

3. FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_

MUNICIPIO O PROV. NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO

☐

4. ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

5. CONVIVENCIA \_\_\_\_\_

6. PROFESION \_\_\_\_\_

7. SITUACION LABORAL \_\_\_\_\_

8. RAMA DE ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

9. NIVEL INSTRUCCION \_\_\_\_\_

10. RESIDENCIA \_\_\_\_\_

11. ORIGEN DEL PADRE \_\_\_\_\_

12. REMITENTE \_\_\_\_\_

13. AGENTE DE LA DEMANDA \_\_\_\_\_

14. MODALIDAD DE LA DEMANDA \_\_\_\_\_

15. PERSONAS PRESENTES DE LA CONSULTA \_\_\_\_\_

16. CAMBIO DE MEDIO \_\_\_\_\_

17. HIJOS A SU CARGO ☐

18. ANTECEDENTES

MEDICO ATENCION PRIMARIA O CABECERA (0) ☐

HOSPITALIZACION AMBULATORIO

CONTACTOS PREVIOS

PUBLICO

A

☐

B

☐

PRIVADO

C

☐

D

☐

19. FECHA 1.º CONTACTO CON PSIQUIATRIA

AÑO

--	--	--	--

20. EDAD 1.º CONTACTO \_\_\_\_\_

--	--

21. N.º S.S. \_\_\_\_\_

22. OTROS SEGUROS O PENSIONES  
NOMBRE ENTIDAD ASEGURADORA \_\_\_\_\_

N.º CARTILLA O POLIZA \_\_\_\_\_

--

23. INICIACION SINTOMATOLOGICA

ULTIMO SEMESTRE

SI NO

--	--

24. INTERVENCION ACORDADA \_\_\_\_\_

25. DIAGNOSTICO CLINICO \_\_\_\_\_

26. MOTIVOS DE LA CONSULTA \_\_\_\_\_

27. URGENCIA \_\_\_\_\_

28. MUNICIPIO DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL USUARIO \_\_\_\_\_

TELF.: \_\_\_\_\_

MEDICO HABITUAL DEL USUARIO: DR. \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELF.: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE LA PERSONA O INSTITUCION RESPONSABLE DEL USUARIO \_\_\_\_\_



# **A N E X O   I I**

## **P R E N S A**



SANTOS CIRILO

**OTROS RITMOS DE VIDA.** Lo mismo que aquellos sufridos conductores del *seita* fueron perdiendo, palmo a palmo, terreno en las autopistas frente a otros más potentes, los mendigos cada vez encuentran más difícil conducir sus casas por entre las dobles filas de los coches.

## ANEXO DE PRENSA

Diversos autores han subrayado el destacado papel de los medios de comunicación en diversos campos de la salud mental, tanto como reflejo de hechos, análisis y debate sobre problemas que preocupan a la población, como por ser en sí mismos creadores de opinión pública (ABREGO, 1989; EDIS, 1990).

En relación al fenómeno de los enfermos mentales sin hogar este rol es clave, como nos demuestra la experiencia americana (BACHRACH, 1990; ROJAS MARCOS, 1986, 1990; KASINDORF, 1988).

Por ello hemos decidido incluir en este Anexo algunos escritos (informativos, artículos de opinión, editoriales, cartas al director u otros) aparecidos en la prensa de estos últimos años sobre el tema que nos ocupa. Para nosotros han sido una aproximación más (a sumar a la recogida en la literatura especializada, que hemos pretendido revisar con mayor profundidad en las páginas previas) para la comprensión de la problemática de los enfermos mentales sin hogar en nuestro medio.

La revisión no exhaustiva de la prensa escrita ha sido realizada desde el verano de 1990 hasta la actualidad en los dos principales periódicos regionales (*La Nueva España* y *La Voz de Asturias*) y en uno de tirada nacional (*El País*).

Estos son los escritos seleccionados para ayudar a la mejor comprensión de diversos aspectos del día a día de las personas sin hogar.

1. **Editorial de *El País*** (30 Dic. 1991): sobre el Informe del Defensor del Pueblo. Críticas al desarrollo incompleto de la desinstitucionalización psiquiátrica

2. **Ciudad dormitorio (*El País* 3 Agosto 1991)**: opinión del director de un albergue en Madrid

3. **Problema social o problema mental** (Carta al Director de *La Nueva España* 22 Marzo 1992): visión de un párroco asturiano sobre los "enfermos mentales sin hogar"

4. **Reforma psiquiátrica en Asturias: una polémica que dura ya diez años** (*La Nueva España* 8 Noviembre 1992): análisis encontrados sobre la reforma y los enfermos mentales en la comunidad

5. **Un estudio del Principado asegura que la reforma psiquiátrica ha generado pobreza** (*La Voz de Asturias* 3 Octubre 1990): polémica sobre la supuesta relación entre "desinstitucionalización psiquiátrica" y pobreza extrema de los enfermos mentales en la comunidad en Asturias

6. **Hay mucha pobreza subvencionada** (*La Nueva España* 17 Marzo 1991): idem... esta vez las opiniones sobre los transeúntes son del delegado de Cáritas en Asturias

7. **La Olimpiada y la Expo «barren» hacia el Norte a transeúntes y mendigos** (*La Nueva España* 1992): hace referencia a uno de los posibles sesgos en nuestro estudio de haber realizado la selección muestral durante un periodo de tiempo corto y coincidente con situaciones inhabituales como la citada

8. **El infierno de los «chupanos»** (*La Voz de Asturias* 1 Agosto 1993): el día a día de los sin hogar

9. **Un hombre quema con gasolina a un mendigo que dormía en la calle** (*El País* 10 Enero 1994): el día a día en la calle

10. **Nuevos pobres de clase media** (*El País* 4 Enero 1994): análisis periodístico de un dato comentado en la tesis al hablar de los rasgos socio-demográficos

11. **La Oficina de Información al Transeúnte atendió 550 casos durante su primer mes de funcionamiento** (*La Nueva España* 16 Noviembre 1990): información sobre la O.I.T., donde realizamos el estudio

12. **La Oficina de Información al Transeúnte atendió 6.500 demandas en el año 1991** (*La Nueva España* 19 Febrero 1992): idem y opiniones de la directora de la O.I.T.

13. **Un delirio en cada habitación** (*El País* 2 Mayo 1993): interesante y no tópica información sobre los enfermos mentales sin hogar, así como sobre una de las iniciativas asistenciales en marcha

14. **El único medigo de Colmenar vive en una marquesina de autobús** (*El País* 8 Marzo 1994): sobre las ambivalentes posturas que suscitan en la opinión pública los enfermos mentales sin hogar

# EL PAÍS

EDITADO POR DIARIO EL PAÍS, SOCIEDAD ANÓNIMA

PRESIDENTE DE HONOR  
José Ortega Spottorno

PRESIDENTE  
Jesús de Polanco  
CONSEJERO DELEGADO  
Juan Luis Cebrián

DIRECTOR  
Joaquín Estefanía Moreira  
DIRECTORES ADJUNTOS  
Jesús Ceberio y Xavier Vidal-Folch

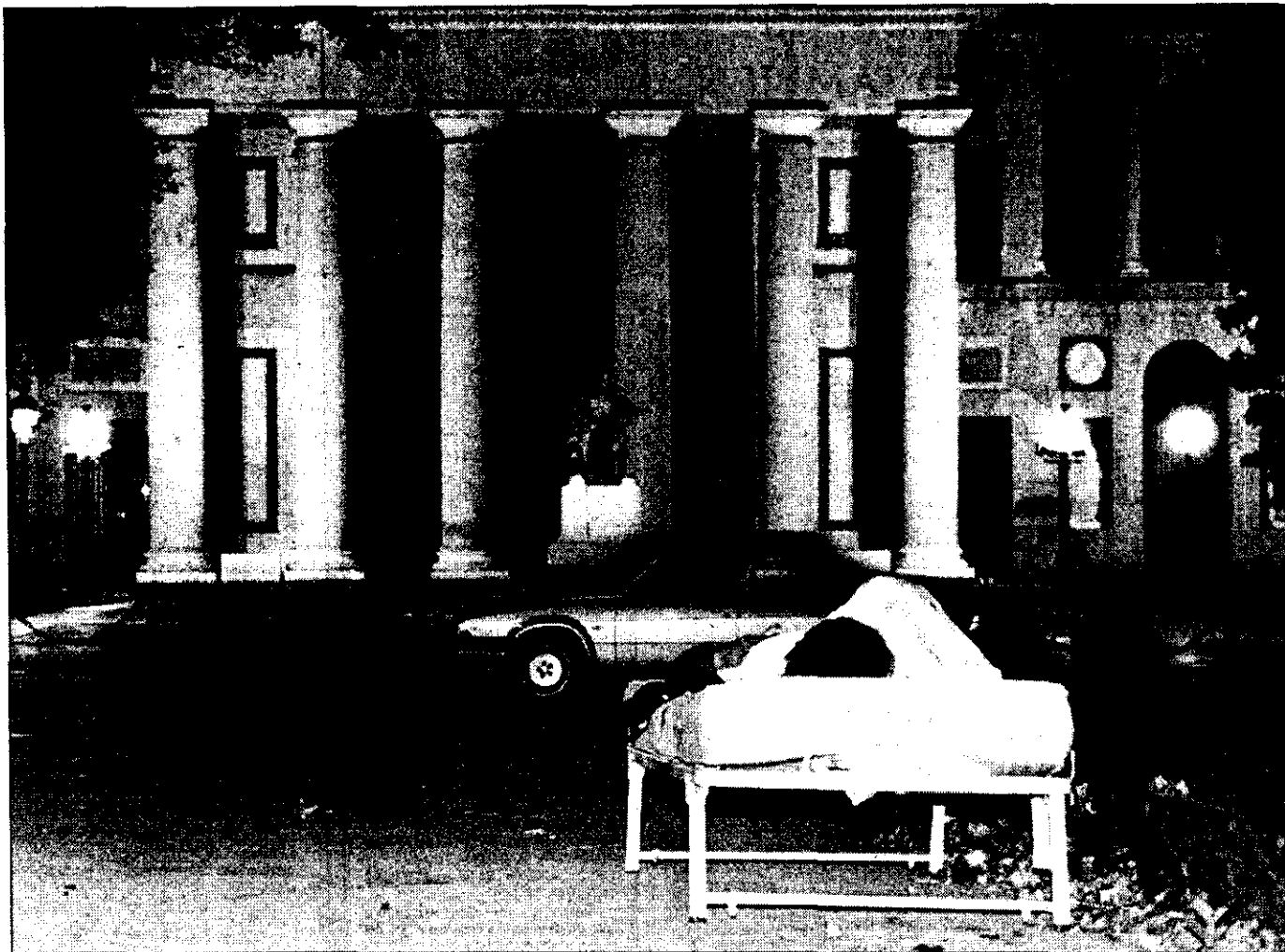
## No se quejan

HACÍA FALTA que una institución como la del Defensor del Pueblo dirigiese su atención al mundo de marginación —legal, social e incluso familiar— que habitan los enfermos mentales, esos “ciudadanos que nunca se quejan”, vulgarmente llamados locos. Su exhaustivo informe sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España —elaborado a partir de las visitas efectuadas a lo largo de año y medio a medio centenar de centros psiquiátricos públicos y privados concertados— es un aldabonazo a los responsables públicos y a la sociedad en general para que tomen conciencia de uno de los más vergonzosos exponentes de la España negra que perduran en la actualidad.

La descripción que hace el informe del Defensor del Pueblo de las condiciones de vida de este sector de población marginada —se calcula que existen unos 25.000 enfermos mentales en España, aunque nadie se ha preocupado de confeccionar un censo fiable— es verdaderamente patética. Ciudadanos, por lo general, despojados de los derechos más fundamentales, sin identidad en algunos casos e internados, en otros muchos, contra su voluntad, su existencia transcurre al margen de cualquier tratamiento curativo —sobreviven en centros más bien de “almacenamiento” y de “custodia y asilo”— y con quiebra manifiesta del principio de rehabilitación y reinserción que inspiró la reforma psiquiátrica.

Precisamente ha sido esta reforma, alentada por la Ley General de Sanidad de 1986, la que ha puesto de manifiesto las contradicciones casi insuperables en que se desenvuelve la asistencia psiquiátrica en España. La *desinstitucionalización* que propicia (sacar a los enfermos mentales a la calle y encomendarles a sus familias y a la sociedad) ha provocado el cierre de muchos antiguos *manicomios*, pero no ha puesto en pie una red alternativa de asistencia integrada en la sanidad general. La realidad es que los enfermos mentales salen de los psiquiátricos sin que la sociedad les ofrezca una asistencia que les es vital; en los hospitales se fuerzan las altas prematuras de este tipo de enfermos encomendándoles a los ambulatorios, a los que no acuden, o acuden sin resultado de cura o, por lo menos, lenitivo. Por lo demás, la medicina pública no parece ser insensible al enorme ahorro que supone la supresión de camas, hospitales y personal destinados al enfermo mental. El informe del Defensor del Pueblo señala casos de hospitales con más de 500 camas que disponen de un solo psiquiatra. Otros, ni siquiera eso.

El informe recomienda que se refuerce el control judicial no sólo sobre el internamiento del paciente, sino sobre los tratamientos sucesivos que se le aplican. Pero esta medida, elemental a los efectos de garantizar el respeto a los derechos del enfermo, choca en la práctica con unos juzgados cada vez más atestados de asuntos. Estamos entonces en una lógica circular. Miles de enfermos podrían sanar e integrarse en la sociedad. Pero a cambio de que este principio general fuera acompañado de medios y disponibilidades públicas y sociales que hagan que la tarea no quede en manos de familiares escasamente preparados.



MIGUEL NOVACK

## Ciudad dormitorio

Una cama frente al Museo del Prado no siempre es un lujo, sobre todo cuando se tiene el firmamento como único techo. Responsables de los servicios sociales del Ayuntamiento calculan que en Madrid hay 700 personas sin hogar, cómputo en el que no se incluye a los inmigrantes y refugiados. Con la llegada del verano, muchos de estos vagabundos sientan

sus reales en parques y jardines, sobre todo en el distrito Centro. Cada noche, el paseo del Prado, las plazas de Oriente, de las Salesas y de Cabestreros, los jardines de Sabatini y la cuesta de la Vega son escenario de un despliegue nocturno de colchones, mantas y cartones. Al día siguiente, sólo algún envase y restos de comida dan fe del improvisado dormi-

torio. Madrid dispone de 750 camas para indigentes, distribuidas en cinco albergues, uno municipal y los otros, vinculados a la Iglesia. "No faltan albergues; el problema es que en ellos hay personas que debieran estar en psiquiátricos, centros de disminuidos psíquicos o residencias de ancianos", dice Dario Pérez, director del albergue de San Isidro.

## Cartas al director

### A nuestros comunicantes

Recordamos a nuestros comunicantes que en esta sección no se publicarán cartas firmadas con seudónimo ni con iniciales. Será preciso que al periódico le envíen, además del nombre y apellidos del firmante, su número del documento nacional de identidad y su domicilio. En el caso de que el escrito proceda de algún colectivo deberá ser firmado por alguno de sus componentes. Los originales estarán escritos a máquina y en longitud que no exceda de un folio a dos espacios. LA NUEVA ESPAÑA se reserva el derecho a publicar los que no se ajusten a estas características y no devolverá originales no iniciados por el remitente ni mantendrá correspondencia sobre los mismos.

### Problema social o problema mental

Mucha gente de Llaranes conoce el caso de Begoña, hoy deambulando por el barrio de la Espina, provocando en unos compasión y en otros impotencia para solucionar su problema.

Rebelde desde muy joven, capaz de romper todos los moldes establecidos, empezando por el familiar, siempre entre lo legal e ilegal, marcadas ya sus neuronas por las experiencias vividas. Como los toros en las corridas buscan las tablas ante la muerte, así parece Begoña, volviendo a su lugar de origen, después de haberlo vivido todo y con solo 22 años. Pienso que Begoña es hoy una enferma.

A primeros de diciembre pasado, en un tiempo de grandes heladas, pidió dormir en la Casa Rectoral; le dijimos que sería por un tiempo, mientras intentába-

mos solucionar su problema, y ahí comienza el calvario.

Entre tanto, nos hace la vida imposible, ya que le estorba todo el mundo: niños de catecismo, catequistas, jóvenes.

Hablamos con el centro de salud mental de La Magdalena, medio engañada conseguimos que ingresase en el servicio mental del Hospital de Caridad y, a los nueve días, otra vez a la calle, con un tratamiento que lógicamente no toma.

La política de los centros mentales va por otros caminos, tienen que curar en el ambiente familiar, con todos.

Nos ponemos en contacto con los Servicios Sociales del Ayuntamiento, que ven el problema social, pero no encuentran solución, no hay donde ingresarla.

Unos nos dicen que el problema es mental, otros que es social; el caso es rebotar el problema.

El problema es qué ocurre cuando no hay referencia familiar.

Pedimos que se pongan de acuerdo y el acuerdo consiste en volver a ingresarla durante tres semanas en el Hospital de Caridad, y luego, vuelta a la calle.

Hablamos con todas las pensiones de Avilés y nada más decir que es para Begoña, ¡ni hablar!, ya nos ha planteado muchos problemas de convivencia.

Un sábado, personalmente, visito al juez de guardia de Avilés; me comunica que para intervenir él e ingresarla en algún sitio tiene que haber un delito por el medio; a todo más si encontramos un centro y ella se resiste a ir, él nos facilita una orden judicial para hacerlo forzosamente.

Buscamos una casa un poco apartada y a la vez cercana para ser atendida por gente de Cáritas, pero todo son problemas.

¡Ah! se me olvidaba, ¿sabes, quién hizo la reforma psiquiátrica en esta comunidad autónoma?, el que rige los destinos ahora de Asturias. ¡Pobre Asturias!

No se pueden hacer reformas sin prever casos como éste, donde la única alternativa que queda es cometer un delito para poder dormir en una cama y poder seguir un tratamiento.

También sería bueno que no nos presenten en los medios de comunicación a la ministra de turno diciendo que todos los servicios sociales están cubiertos; ya no comulgamos con ruedas de molino.

Hoy, Begoña, supongo que no sea la única que deambula por Llaranes durmiendo en la calle, con sus neuronas tocadas, ante la compasión de unos y la indignación e impotencia de otros.

José Antonio Álvarez Álvarez,  
párroco de Llaranes  
Avilés



## SANIDAD

Una reciente sentencia de la Sala Segunda de la Audiencia Provincial de Oviedo —en la que se absolvió a un hombre que asesinó a otro en un bar ovetense, al considerar que el acusado padecía un trastorno mental transitorio— ha hecho resurgir la polémica sobre la atención psiquiátrica en Asturias. Un grupo

de profesionales ha expresado su opinión sobre lo que el fallo judicial considera una «discutible política sanitaria». La reforma de la asistencia a los enfermos mentales ha generado muchas discrepancias, pues si bien no se cuestiona su necesidad, sí la forma en que se ha llevado a cabo.

## Reforma psiquiátrica en Asturias: una polémica que dura ya diez años

*Los profesionales rechazan el internamiento de los enfermos en manicomios, pero discrepan sobre las alternativas creadas para sustituir el Psiquiátrico*

Oviedo, S. SUAREZ

La disparidad de opiniones alcanza hasta a la fecha de inicio de la reforma. Si algunos entienden como «reforma» la que comenzó hace aproximadamente una década, con la llegada al poder del PSOE, otros señalan que esta afirmación es negar el pasado, pues desde principios de los años sesenta, Asturias fue el escenario de una serie de importantes cambios en la asistencia psiquiátrica que la distanciaron de otras comunidades inmersas, aún hoy día, en un modelo considerado obsoleto y represivo por unos y otros.

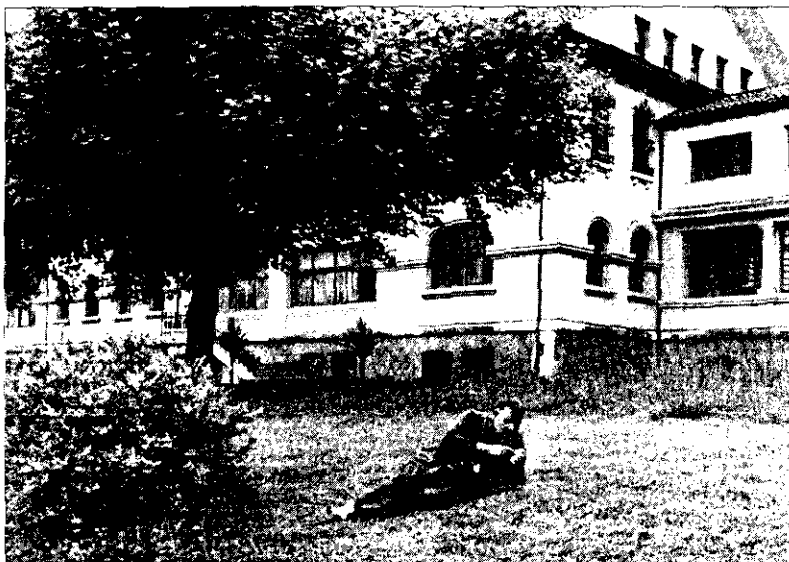
El objetivo de la última década ha sido la ruptura con el modelo tradicional de internamiento, basado en los hospitales psiquiátricos, y la creación de distintos mecanismos alternativos de asistencia. La evaluación sobre su cumplimiento es muy desigual.

El director gerente del servicio de Salud Mental del Principado, Javier Montejo, realiza una valoración «positiva, pues partiendo exclusivamente del Hospital Psiquiátrico, de las consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social y un centro de orientación y diagnóstico en Oviedo, se ha creado una red importante que cubre todo el territorio».

La red está formada por quince centros de salud mental, de los que cuatro tienen una unidad infantil; cinco unidades de hospitalización en Oviedo, Gijón, Avilés, Mieres y Langreo; cinco hospitales de día en Avilés, Oviedo, Gijón, Langreo y Arrión; dos comunidades terapéuticas en Oviedo y Arrión; varias viviendas tuteladas y diversos proyectos de formación e inserción laboral.

### «La cultura manicomial debe ser superada»

Del modelo anterior se mantienen las consultas de los neuropsiquiatras en los ambulatorios y el Hospital Psiquiátrico, con 210 enfermos. Las numerosas altas que se concedieron en los últimos años han generado todo tipo de críticas. El jefe del servicio de psiquiatría del Hospital Covadonga, Pedro Quirós, dice que una de sus dudas es el paradero de esas personas: «¿Dónde están?, ¿ha habido un seguimiento de esos enfermos?, creo que la reforma ha partido del hecho fundamental y folclórico de la desapa-



La Administración regional pretende trasladar a otros servicios a los 210 enfermos que aún permanecen en el Psiquiátrico.

rición del Psiquiátrico, basándose en aspectos sociales de la psiquiatría, pero sin medir las repercusiones reales de una decisión de este tipo ni habilitar la cobertura necesaria para los pacientes».

Javier Montejo asegura que los datos de un estudio sobre la deshospitalización en Asturias en un periodo de cinco años «mostraron que todas esas personas estaban en paradero conocido, excepto un porcentaje que no llegaba al uno por ciento, y no en situación de vagabundeo, aunque estas situaciones pueden darse sin que necesariamente guarden relación con lo anterior».

Sobre los pacientes que aún permanecen en la institución, el director gerente de los servicios dice que «se trata de una población envejecida, con mas necesidad de cuidados personales que de atención psiquiátrica, e irán saliendo poco a poco a plazas en residencias de ancianos o comunidades terapéuticas; se buscará una alternativa específica para cada uno». Según Montejo, la reforma «supone un avance, y no es posible volver a modelos caducos tanto desde el punto de vista científico como social y de derechos humanos. La cultura manicomial debe ser superada, y eso exige un compromiso importante de los profesionales. Por eso pone en evidencia a aquellos que no quieren moverse».

José Manuel González Campa, que fue director del Hospital Psiquiátrico, asegura que estas instituciones «son obsoletas, y han sido quizá peores que campos de concentración, pero no se pueden eliminar por decreto». En su opinión, para «desmontar» un centro de estas características «hay que crear alternativas que funcionen mejor, si son iguales o peores no merece la pena invertir dinero ni esfuerzo».

### «Los manicomios han sido peores que campos de concentración»

«Las camas que desaparecen en el Psiquiátrico han aumentado en otros hospitales de la región? Si es así nos estamos engañando con una dispersión de los enfermos», dice González Campa, quien añade que «es necesario conocer el número de plazas en asilos, especialmente en los que dependen económicamente del Principado, que están ocupadas por enfermos mentales. Y hay que saber en qué condiciones viven los enfermos a los que se da el alta».

Según González Campa, la «revitalización que ha vivido la psiquiatría privada desde 1980

un parámetro para medir el funcionamiento de la pública». Las críticas se hacen extensivas a la política sanitaria en alcoholismo y toxicomanías: «No hay una lucha planificada, y todo lo hecho anteriormente ha quedado reducido a dispensarios de metadona, lo que me lleva a preguntar si interesa rehabilitar a la gente o únicamente neutralizarla».

El catedrático Julio Bobes, presidente de la Sociedad Asturiana de Psiquiatría, señala que la reforma «fue realizada desde la Administración. Era necesaria, sentida por los profesionales, pero ha sido gestionada con criterios políticos». En opinión de Bobes, el nuevo diseño de la asistencia «está actualizado y es acorde con las tendencias universales, salvo en lo que se refiere a desinstitucionalizar a los enfermos crónicos del Psiquiátrico».

Por otra parte, señala que la eficiencia de los dispositivos puestos en marcha «permanece muy lejos de lo esperado en un principio, por una serie de errores que se cometieron en su día: deshospitalizar a pacientes con psicosis graves sin tener en funcionamiento real instituciones intermedias, ausencia de evaluaciones y seguimiento de los pacientes supuestamente reinsertados, ausencia de estudios de índices indirectos de salud mental de la comunidad y una mala gestión de

### «Sólo puede decir que lo anterior era bueno quien no lo conoció»

Oviedo, S. S.

La coordinadora de Salud Mental en el área de Cangas del Narcea, Berta Cid, asegura que el sistema «es válido» y pone como ejemplo la zona en la que trabaja, «donde, por primera vez, comienza a formarse un equipo que acerca el servicio a la población y no a la inversa».

«La diferencia con el modelo anterior», dice, «es abismal, y sólo puede decir que aquello era bueno quien no lo conoció. Hay cosas muy graves, como derechos civiles que se negaron durante años, aunque el paciente estuviese alimentado». En opinión de la coordinadora, «la reforma intenta devolver al paciente a la comunidad, sin desarraigándolo de su medio».

Cid insiste en que los defensores de la reforma «no estamos negados a la crítica, somos los primeros en decir que no se puede retroceder, que se necesitan más medios». Y reclama una mayor comprensión: «Hay que desterrar ideas falsas, como la que pregona que la gente del Psiquiátrico se va a la calle sin más, o que rechazamos la mera presencia del edificio; lo que rechazamos son las respuestas estereotipadas, la desconexión de la sociedad, la muerte civil de estos enfermos».

Por otra parte, advierte la posibilidad de que este modelo se reproduzca en las nuevas estructuras «y es eso lo que debemos evitar». Berta Cid añade que, sobre la salud mental, se descargan temas como «pensionés, paro o vivienda que, lógicamente, no tenemos capacidad para resolver».

El entusiasmo de Berta Cid contrasta con las críticas de Pedro Quirós. El psiquiatra considera que las infraestructuras creadas «se pueden admitir, pero el problema es la dirección de la asistencia, que no ha tenido en cuenta que el enfermo crónico no desaparece por decreto».

Quirós se queja de la falta de diálogo con los profesionales y cree que éste ha sido uno de los motivos que han conducido a una «decepción generalizada». La crítica resulta más llamativa al proceder de un socialista: «Continúa aquí porque creo que hay personas en el PSOE que son dignas, serias y están en desacuerdo con muchos aspectos de esta situación».

# Un estudio del Principado asegura que la reforma psiquiátrica ha generado pobreza

El director de Salud Mental rechaza estas conclusiones del informe de Grupo 5

INGO ÁLVAREZ

■ Oviedo. — Avelino Hernández, responsable de la empresa Grupo 5 que ha elaborado un trabajo sobre la pobreza en Asturias, manifestó en su reciente visita a Oviedo que la reforma psiquiátrica que se ha realizado en Asturias durante los últimos ocho años es el factor generador de pobreza severa más singular que se ha detectado en Asturias. Hernández dijo: "Los enfermos que estaban ingresados en el hospital Psiquiátrico y fueron liberados han pasado de tener un status relativamente acomodado a uno de marginalidad, en el que se conjugan la pobreza y el abandono".

Aunque el estudio de Grupo 5 no cuantifica el número de enfermos mentales afectados por esta situación desde 1982, las cifras que barajan varios diputados regionales que forman parte de la comisión de asistencia sanitaria indican que, al menos, 400 personas se han visto sumidas en algún estado de pobreza. Aunque la mayoría, por su insolvencia, se concentra en núcleos severos.

Esta circunstancia se ratifica en un documento del PP en el que se detallan cinco casos concretos de enfermos que durante un tiempo han estado a tratamiento ingresados en el Psiquiátrico y actualmente practican la mendicidad en las calles de Oviedo y Gijón.

Uno de los casos se detalla: "Domicilio: Pensión de tercera por la noche; estación de Renfe por el día. Diagnóstico: alcoholismo crónico, encefalopatía, hepatomanía y polineuropatía alcohólica". Además, este dossier presenta los antecedentes de esta persona, cuyo nombre se omite: "19 hospitalizaciones en el Psiquiátrico con larga estancia en régimen de rehabilitación abierta. El último ingreso se produjo en abril de 1988, tras el cual fue remitido al médico de cabecera. Figura en las estadísticas como reinsertado".

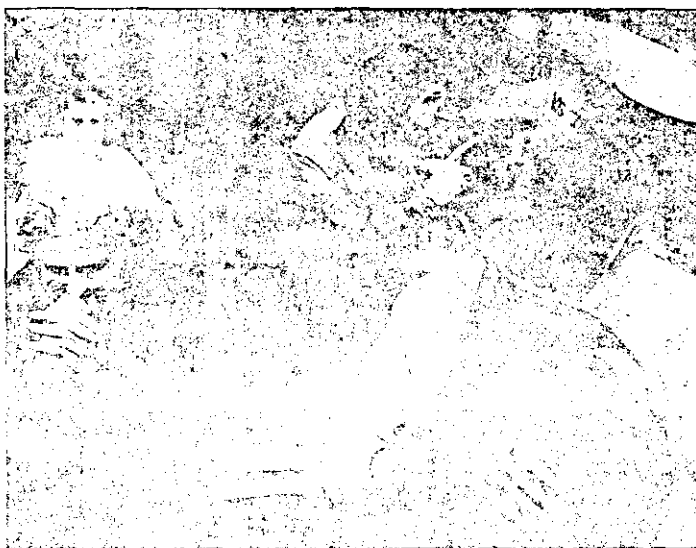
## Donde están

Las 400 personas afectadas por pobreza severa tras ser dadas de alta en el Psiquiátrico de Oviedo se encuentran en diferentes situaciones: un 35 por ciento han sido recogidos por su familia y conviven con ella, un 40 por ciento ha sido realojado en residencias de la tercera edad y un 25 por ciento viven en pisos protegidos por la Dirección Regional de Salud Mental.

Esta distribución, sin embargo, no ha sido efectiva socialmente, tal como recoge el estudio de Grupo 5 y como denunció en una interpellación el diputado regional de Centro Democrático Social (CDS) Pablo González-Nuevo Quinones. El político centrista señalaba en esta interpellación, presentada en marzo de este año, que "se ha producido un proceso de desinstitucionalización de enfermos crónicos que llevan muchos años ingresados en el Psiquiátrico sin las necesarias garantías de una mínima reinserción social, lo que produce más problemas sociales, familiares y a

El estudio realizado para el Principado por Grupo 5 asegura que la reforma psiquiátrica realizada en Asturias a partir de 1982 es uno de los factores que generan pobreza severa más singulares de la región. En ocho años, según

cifras ofrecidas por varios grupos políticos de Parlamento regional, unas 400 personas han pasado de un 'status' hospitalario a una situación de marginalidad en la que se conjugan la pobreza y el abandono asistencial.



El caso del último manicomio

El hospital Psiquiátrico, centro en el que estuvieron internados los enfermos de Grupo 5, han pasado a engrosar la lista de pobres severos, cerrará sus puertas próximamente. Actualmente aloja a 260 personas, cuando hace ocho años el número de internados superaba los 900.

los enfermos que los que la reforma psiquiátrica ha resuelto".

Esta reforma ha sido realizada, según Quinones, con rigores y desajustes en el internamiento de enfermos, sin atender a la especial naturaleza de su enfermedad. Esta circunstancia ha motivado, para el parlamentario regional centrista, confusión familiar, "y lo que es peor, violencia y falta de atención adecuada a determinados enfermos psiquiátricos, que en ocasiones tienen que recurrir a otros servicios asistenciales ajenos a la red pública".

## Pobres y locos

El director regional de Salud Mental, Víctor Aparicio, considera que la afirmación vertida por Grupo 5 no se ajusta a la realidad "por una razón: estos enfermos ya eran pobres, y quizá padecían pobreza severa antes de ser ingresados. Por tanto, la reforma psiquiátrica que se realiza en Asturias no ha originado nuevos pobres; en todo caso, son los mismos que lo eran antes de ingresar". Aparicio asegura, no obstante, que la situación de la mayoría de estos enfermos es buena y no cree que padezcan una pobreza severa, aunque reconoce que pueden existir casos aislados, pero nunca las cifras que se barajan, ya que la reinserción, o recolocación ha dado buenos resultados.



## Los dramáticos casos concretos

Un informe comenta un caso concreto: Un enfermo de alcoholismo crónico, encefalopatía, hepatomanía y polineuropatía alcohólica que fue ingresado 19 veces en el Psiquiátrico vive en una pensión y pasa el día en una estación de Renfe o mendigando.

"La sociedad es dura con los incapacitados que quieren mejorar"

■ El director de Salud Mental Víctor Aparicio, señala que la reforma psiquiátrica en Asturias aporta muchas mejoras respecto a la situación que existía. No obstante dice: "Hemos trabajado mucho, pero aún quedan cosas por hacer para que esta reforma cumpla los objetivos que se marcó este departamento y depende de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales".

Aparicio comenta que la Administración es consciente de que debe realizar un esfuerzo mayor para poder ofrecer a todos los enfermos mayores prestaciones. Pero la reforma psiquiátrica es difícil porque la sociedad es dura con los incapacitados que quieren mejorar su situación".

Una medida puesta en marcha por la Consejería de Sanidad incluye a los enfermos mentales en el programa de ayudas de extrema necesidad (Asen). Además Víctor Aparicio afirma que un importante número de enfermos mentales reciben un apoyo económico para pagar la residencia de la tercera edad o la pensión que están recolocados, obstante, el director regional de Salud Mental comenta que es difícil que, a pesar de estas ayudas, los beneficiarios aparezcan como pobres, pues en varios casos no se pueden controlar actividades durante el día.

El máximo responsable de la área de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales dice que la situación tenderá a mejorar más cuando finalice la reforma del sistema psiquiátrico con la puesta en marcha de nuevos centros y con el cierre del viejo del La Catedral, hospital psiquiátrico de Oviedo.

Domingo Benavides, delegado de Cáritas

# «Hay mucha pobreza subvencionada»

**Barrer para casa**

JAVIER CUERVO

—El informe realizado para Cáritas sitúa en la pobreza a una quinta parte de los asturianos. Por la calle no se ve pobre a una de cada cinco personas...

—Esa percepción vulgar no sirve porque la sociedad actual tiene mecanismos de ocultación.

—¿Por ejemplo?

—Acumular en ciertas bolsas de pobreza a los sectores desfavorecidos. Piensa en el chabolismo, la economía sumergida, el campo, las pensiones... hay pobreza muy subvencionada. El campo, tan envejecido, está subvencionado a través de las pensiones. Otra pobreza subvencionada es la de la reconversión. Eso deja a la gente en la pobreza.

Domingo Benavides, delegado episcopal de Cáritas desde hace doce años, ha dado a conocer «Realidad social y pobreza en Asturias. Situaciones de bienestar y malestar social», un estudio sociológico dirigido por Oscar Iturriz y que acaban de editar con la colaboración de varias empresas y bancos. Benavides nació en Grandas de Salime hace 67 años, es licenciado en Teología y doctor en Ciencias Sociales.

—¿Hay más pobreza que hace quince años?

—Los estudios dicen que sí. En 1984, Cáritas dio aquella cifra de los ocho millones de españoles pobres. Ahora hay más.

—¿Por qué no estalla por algún lado toda esa pobreza?

—Quizá porque dos tercios de esta sociedad están contentos y no son solidarios con el tercio pobre restante. Cuando se dice que los partidos se derechizan se hace referencia a que se dedican a esos dos tercios. Lo mismo les ocurre a los sindicatos, que se dedican a los que tienen trabajo, no a los que están en el paro.

—Pero se soporta una alta presión fiscal y las pensiones más bajas suben como nunca...

—La presión fiscal no está compensada por contrapartidas sociales. Hay mayor cobertura, pero ya llevamos muchos años de democracia y no se ha logrado evitar que haya sectores sangrantes. Por ejemplo, el chabolismo en unos poblados donde se vive peor que en el Tercer Mundo.

—¿Quiere decir que a las afueras de Oviedo viven peor que en un poblado de un país africano?

—En alimentación, no. En África no hay alimentos y se muere de hambre. Aquí están mal alimentados, pero el entorno de la chabola es peor que africano.

—¿Cuántos viven en chabola?

—En Oviedo, Gijón y Avilés,



NACHO OREJAS

Domingo Benavides, delegado diocesano de Cáritas, sostiene que una quinta parte de los asturianos es pobre.

unas 70 familias por población. En Grandas y Ribera de Arriba habrá otras treinta familias por zona. No todos son gitanos. Toda labor en su favor será ineficaz mientras

no se les dé vivienda. Se han hecho esfuerzos en escolarización, sin demasiados problemas, pero el índice de fracaso escolar es muy alto. Salvo un genio, nadie puede estudiar en una chabola. No sólo es el entorno cultural, sino el físico. En el campo hay niños que sin un entorno cultural salen adelante, porque tienen donde estudiar.

—Se dice que algunos chabolistas no tienen afán de integrarse.

—Es verdad en algunos casos, pero tampoco se les dan muchas facilidades. Las viviendas que se les ofrecen cuestan 600.000 pesetas en papeleos y muchos no pue-

den pagarlas. En casos excepcionales, las ha pagado Cáritas. Hemos intentado que las chabolas sean más dignas y los estamos empadronando, algo a lo que cada vez se resisten menos. La Administración se disculpa diciendo que quiere respetar su cultura y construye casas con espacios para que puedan almacenar chatarras. Eso son guetos. Habría que hacer ciudades promocionales para alojarlos temporalmente y luego llevarlos a casas normales, procurando no concentrarlos en una zona.

Pasa a la página siguiente

«En chabolas de aquí se vive peor que en el Tercer Mundo»

## «El salario social se plantea de manera disuasoria»

Viene de la página anterior

Así se hizo en Pumarín y, de 60 familias, sólo cuatro dieron problemas de convivencia.

—¿Es muy caro?

—No, sobre todo si se le mete de alquileres muy bajos. Entre municipio, autonomía y Estado se podría hacer.

—¿Cuál es el siguiente escalón de la miseria?

—Los transeúntes, los vagabundos. Tenemos albergues, pero son parches para unos días.

—¿Qué son los transeúntes?

—Normalmente, locos inofensivos a los que sacan de los manicomios, los dejan en la calle y con eso dicen que los integran en la sociedad. También gente enferma, pero no lo suficiente para ser hospitalizada. Lo mismo les ocurre a los que son mayores, no suficientemente ancianos para el asilo. Cada día hay más gente joven, que salió de su casa, quizás a buscar trabajo, no lo encontró y vive de pedir y dormir en albergues. El empeño debería ser que no se enquisten en ese modo de vida. Los transeúntes son gente deteriorada, en muchos casos alcohólica. Quizás un treinta por ciento sea irrecuperable, pero para ellos debería haber asilos con talleres ocupacionales.

—Hablabas antes de ancianos.

—No tienen plazas en asilos públicos ni privados. En algunos privados, les explotan y la Consejería ya ha tomado cartas en el asunto, aunque a veces es peor el remedio que la enfermedad. Antes tenían un sitio malo donde estar, ahora no tienen ninguno. En los pueblos tienen malas viviendas, no muy diferentes de chabolas. A los ancianos no se los puede sacar del pueblo, desarraigados, porque es como matarlos prematuramente. En el campo hay mucho empobrecimiento porque los productos valen cada vez menos, y algunos campesinos no pueden pagar la cotización de la Seguridad Social. Un matrimonio que paguen los dos, cobraría ochenta mil pesetas, en algunos casos más de lo que ganaron en su vida laboral, pero no pueden hacerlo porque no les da para la cotización.

—¿Hay nuevas pobreza?

—Las relacionadas con drogas, que acaban con el dinero de las familias. Si quieren rehabilitarse, tampoco es barato, porque en los primeros meses un familiar tiene que estar continuamente con el drogadicto, y eso cuesta.

—¿La pobreza más habitual?

—La vergonzante. Hay muchos nuevos pobres que han tenido una vida normal, pero han perdido el trabajo y les cuesta acercarse a Cáritas. Nos llega más el desecho que el parado.



NACHO GUEBAS

Para Domingo Benavides, es mejor que se pierda dinero por abajo que por arriba, en la picaresca del salario social que en comisiones de festejos.

En esos casos, la atención es individualizada y la ayuda sale de Cáritas y llega a través de la parroquia. Hemos dado ayuda para pequeños negocios, para crear puestos de trabajo. El 60% ha

funcionado. El resto fracasó. Pero muchas familias tienen al marido enfermo —muchas veces un parado alcohólico—, hijos sin criar y viven de lo que gana la mujer por fregar escaleras. Ca-

sas con rentas bajas y salario muy pequeño. La mayoría de las diez mil familias de las que habla el informe que están en el umbral de la pobreza es de este tipo. Van tirando mal.

—¿El salario social será útil?

—Es bueno, pero debe hacerse con generosidad en las peticiones y requisitos. Se perderá algo de dinero en picaresca, pero más se pierde por arriba, en comisiones de festejos. Mejor que el dinero se pierda por abajo. Está planteado de forma disuasoria, como si a cada uno que se ayude se le fuera a controlar toda la vida. Hay exigencias que deben relativizarse, por ejemplo, los tres años de estancia en Asturias. No puede ser que alguien se quede sin la ayuda por unos meses. Tal vez sería mejor que se apoyase a instituciones que examinasen los casos sobre la propia realidad. Entiendo que el funcionario tenga que ser inflexible, pero otras instituciones como Cáritas personalizan más y distinguen.

—¿La solidaridad familiar soluciona algunas pobreza?

—Algunas pobreza relativas. Donde más se nota la disgregación de la familia es con los ancianos. Antes, los abuelos vivían con los hijos o los nietos. Ahora están solos o en asilos.

—¿Hay pobres con televisor?

—Sí, y es lógico en esta sociedad. Puede parecer un lujo, pero es necesidad. Psicológicamente se es más pobre aquí que en el Tercer Mundo. Hay muchas necesidades espontáneas, pero exacerbadas. Antes, nadie necesitaba un televisor. Hoy se privan de otras cosas por tenerlo.

—¿Cómo empezó su preocupación social?

—Era director de la casa de ejercicios de El Bibio (Gijón) en 1960, cuando empezaron las huelgas y los sacerdotes comprometidos. Venían a preguntarme y me empujaron a interesarme por eso. Hice Ciencias Sociales y después me encontré con el que sería objeto de mi tesis doctoral, el archivo de Maximiliano Arboleya.



## «El sindicalismo de Arboleya hubiera evitado mucha sangre»

—¿Qué vale hoy de Arboleya?

—Que su sindicalismo reivindicativo pero no revolucionario nos hubiera traído menos sangre y hubiera solucionado más cosas. Su sindicalismo cristiano era reivindicativo. No era el amarillo, paternalista, patronalista, del marqués de Comillas, que era un buen hombre y un buen patrono, porque sus trabajadores tenían mejores salarios y prestaciones

que ningún otro, pero que no eran reivindicativos porque «no quería al enemigo dentro». Arboleya reconoce la bondad personal del marqués, pero discutió con él sobre el modelo de sindicalismo.

—En el contexto de hoy no podemos juzgar la historia.

—Pero es un hecho que el sindicalismo de la revolución de 1934 era marxista y lo que buscaba era más la revolución que la solución de problemas

laborales concretos. Con todo, a Arboleya se le apreció, porque este cura no se escondió ni lo asesinaron durante la guerra civil. Pasó la guerra en su casa de Meres y quienes le procesaron fueron los vencedores, aunque luego sobreesayeran la causa. Se fue a Bilbao protegido por unos amigos y murió orillado, aunque siguió escribiendo con dificultades para publicar, más por la censura civil que por la eclesiástica.

Las «barridas» efectuadas en Sevilla, Barcelona y Madrid, con motivo de las celebraciones del año 1992, han provocado un aumento del número de transeúntes en ciudades turísticas como Gijón, donde los albergues permanecen abiertos durante el verano. La presencia de mendigos, vendedores ambulantes y personas sin techo se ha hecho patente de manera especial en los últimos meses en los centros asistenciales públicos y privados de la ciudad. Es la otra cara, menos conocida y menos atractiva, del verano y del 1992.



ISAAC RUBIO

En la imagen, una pareja pide en el centro de Gijón.

## La Olimpiada y la Expo «barren» hacia el Norte a transeúntes y mendigos

*Los centros asistenciales de la ciudad tienen un aumento de las demandas de personas sin techo con relación a los incrementos de los anteriores veranos*

Angeles RIVERO Las «barridas» efectuadas en Sevilla, Barcelona y Madrid, con motivo de las celebraciones del año 1992, han provocado un aumento del número de transeúntes en ciudades turísticas como Gijón, donde los albergues permanecen abiertos durante el verano. La presencia de mendigos, vendedores ambulantes y personas sin techo se ha hecho patente de manera especial en los últimos meses. Es la otra cara del verano y del 1992.

Según Doris Calderón, responsable de la Oficina de Información al Transeúnte, el número de personas «sin techo» en Gijón aumenta un 50% durante julio y agosto en relación a los restantes meses del año.

Este fenómeno se debe al cierre de bastantes albergues españoles durante el verano, lo que hace que sus transeúntes de despidan hacia ciudades donde permanecen abiertos, como Gijón, a la búsqueda de lugares turísticos por parte de colectivos «sin techo» que viven de labores marginales como la venta callejera y a la llegada de transeúntes procedentes de Sevilla, Barcelona y Madrid, porque «allí no los dejan quedarse».

«Aquí valoramos la posibilidad de cerrar los albergues en julio y agosto, pero no lo consideramos prudente porque la mayoría de las personas que atendemos no puede subsistir de modo autónomo. Si cerrásemos, la obligaríamos a ejercer más la mendicidad en la calle y a dormir en lugares públicos», explica Doris Calderón.

Los transeúntes clásicos del verano son menores de 30 años, proceden de familias pobres y marginales, no tienen trabajo ni cualificación y, en algunos casos, presentan problemas relacionados con las toxicomanías y

en menor medida, con el alcoholismo.

Sus demandas más frecuentes son de albergue, comedor y billetes de viaje. Para evitar «abusos» y el asentamiento de estas personas en Gijón, la Oficina de Información al Transeúnte sólo les facilita alojamiento y vales de comida para tres días. La mayoría procede de Madrid, Cataluña y de las provincias limítrofes con Asturias.

### «Mochileros» y extranjeros

En verano aumentan los «mochileros» y los transeúntes crónicos, pero también los extranjeros. A los habituales portugueses y marroquíes, se suman personas «sin techo» procedentes de Europa oriental e incluso occidental. Según datos facilitados por la citada oficina,

los extranjeros representan entre el 6 y el 8% de la demanda total, a pesar de las duras leyes internacionales que limitan la entrada de extranjeros en los países de la Comunidad Económica Europea. Tal como se esperaba, los «filtros» no han funcionado.

«Esta década será la de los movimientos migratorios. El transeúnte clásico era el hombre solo, sin cualificación laboral, castigado por el paro, con desarraigo familiar, problemas de alcoholismo y salud muy deteriorada, que ejercía la mendicidad. Ahora se tiende hacia familias de emigrantes. En el sur de España están recibiendo a muchas del Tercer Mundo, mientras que en el Norte hemos notado un incremento de gente procedente de los países del este europeo», cuenta Doris.

La Oficina de Información al Transeúnte de la ciudad atendió durante el año 1991 2.500 demandas correspondientes a 1.600 transeúntes.

### Coordinación difícil

Un 55% de estas personas era de Asturias y un 36% de Gijón. «A finales de 1991 teníamos en la ciudad 79 casos crónicos, es decir, personas que sólo pueden vivir del trabajo marginal y la mendicidad, o de los recursos que reciben de las instituciones».

La Oficina de Información al Transeúnte se creó en octubre de 1990, con sede en el número 37 de la gijonesa calle de Cabrales, para coordinar los servicios que prestan el albergue Covadonga, la Asociación Gijonesa de Caridad, Cáritas Interparroquial y la Fundación Pública de Servicios Sociales Municipales, las instituciones que tradicionalmente han trabajado en la asistencia social. Este año, la oficina tiene un presupuesto de seis millones de pesetas, aportados por el Ayuntamiento de Gijón.

La coordinación de todas las instituciones de beneficencia asturianas, que estaba previsto iniciar este año, tropieza, según la asistente social Doris Calderón, con «el obstáculo que representan las enormes diferencias entre las instituciones privadas y la Administración pública». Los datos demuestran que las organizaciones no gubernamentales tienen un papel cada vez más importante en esta tarea.

Según los datos del diagnóstico de ciudad contenido en el plan estratégico de Gijón, estas organizaciones cubren actividades como «la asistencia a trabajadores ilegales, inmigrantes, las toxicomanías o la prostitución, campos en los que la Administración municipal está

## Pícaros, pobres y parados de larga duración, entre la caridad y la sospecha

A. R. El perfil de los transeúntes que acuden a los organismos asistenciales de Gijón es el de personas que, en su mayoría, han perdido las posibilidades de integrarse en la dinámica excluyente y competitiva de la sociedad actual. Hay más pobres que pícaros —la mayoría ha trabajado en alguna ocasión en empleos de escasa cualificación—, aunque en los albergues también se encuentran auténticos «profesionales» de los caminos.

Según datos oficiales procedentes de una encuesta realiza-

da por los responsables del albergue Covadonga de Gijón, un 27 por ciento de las personas acogidas en esta institución proceden de ciudades entre 100.000 y 500.000 habitantes; unos llegan en busca de trabajo, intentan vivir en esta ciudad o, simplemente, están de paso. Un 11 por ciento de los transeúntes atendidos afirma moverse por toda España.

Un 30 por ciento suele pedir limosna, aunque un 36 por ciento de los atendidos en el albergue Covadonga asegura que vive de los ingresos de trabajos eventuales



Entre los abundantes problemas de marginación que existen en nuestras ciudades, uno especialmente lamentable puede ser el de los que no tienen hogar. Algunos de ellos se ven obligados a ocupar edificios abandonados o en ruinas donde, en condiciones infrahumanas, intentan pasar la noche lo más cómodamente posible. Son conscientes de que tienen muchas probabilidades de no levantarse al día siguiente.

## El infierno de los 'chupanos'

Toxicómanos y gente sin hogar ocupan edificios en ruina donde habitan en condiciones infrahumanas

JAVIER DE LA PUENTE  
Oviedo

Están a unos metros de esos exquisitos comercios de lujo donde reina la seda, de esas agencias de viajes que ofertan paraísos a pocos aviones de distancia, de esos lujosos bancos en que se adula a los buenos clientes, de esos restaurantes que sirven unas comidas pantagruélicas que siempre paga la empresa. Están muy cerca, quizá incluso al lado, de nuestros aburguesados hogares, edenes del video y la cadena de música, donde lamentamos nuestras miserias. ¿Si tuviera una bañera redonda con masaje...!

Son nuestros desechos, son excrementos de una sociedad que prefiere cerrar los ojos mientras da una cinica limosna. Son hombres y mujeres, jóvenes y adultos -pocos llegan a viejos- que malviven, por necesidad, en casas amunadas en las entrañas de nuestra ciudad, rodeados de bazofia, de pestilencia, de miseria, de parásitos y de peligro. Superviven en unas grutas, hay más de 30 en Oviedo -a las que, en jerga, llaman *chupanos*.

Algunos de ellos son heroinómanos, otros tratan -parece inútil en esas covachas- de desintoxicarse: "Yo estoy tomando la metadona desde hace meses, pero tengo que vivir con tios que se *chutan*. Así es imposible" asegura el inquilino de uno de esos hogares. Pero la mayoría asegura subsistir de la mendicidad "pidiendo te sacas entre 500 y 1000 *peñas* y de comer te dan en los bares".

Carlos, dice conocer bien la vida en los *chupanos*, asegura que "algunas tías se prostituyen para pagarse la droga y hay tios que roban, pero también vive gente *guay* que no sabe buscarse la vida. Para ellos es muy peligroso. Deberían tener una casa". Manuel vivió en uno de estos lugares y conoce el peligro: "A Javi el gordo, le sacó la policía muerto de un *chupano* cuando ya estaba pudriéndose. Su compañero se dio cuenta porque olía muy mal y llevaba tres días sin moverse". El riesgo no acaba ahí. Las viviendas que ocupan están en ruinas y se pueden caer.



Interior de un *chupano*. Una pareja duerme sobre una manta. Varias personas más comparten esa habitación

### Los inquilinos critican la actuación de la policía

Los inquilinos de los *chupanos* tienen muchos problemas legales, pero de una de las cosas de las que más se quejan es del trato que reciben de la policía. José no duda en denunciar: "quiero que se sepa que vienen sólo a tocarnos los cojones. Estamos durmiendo y nos cogen para llevamos a carceres o para hacernos una requisa. Invaden nuestra intimidad". Sus compañeros lo confirman. Aseguran que frecuentemente les ex-

pulsan o invaden sus casas. "Todo el día nos controlan, podían preocuparse también de los que vienen a nuestra casa a pincharse y nos roban". Cuando salimos al exterior hay un casual coche de policía. Preguntan quienes somos. Pero los problemas con la ley no se acaban ahí. Alguien estuvo algún tiempo en la cárcel de Villabona: "me cayeron tres días de arresto domiciliario y como no tengo casa me metieron en el *talego*".

Visitamos varios *chupanos*. Son desiertos de inmundicia donde han instalado un mínimo oasis de miseria humanizada. José vive en una de esas madrigueras. Está recién instalado. En la entrada a su casa hueve una deposición -ojalá sea de perro-. Pronto aclarará: "Aquí hubo mucho marrano antes, pero nosotros lo arreglamos un poco". Hacen lo posible porque sea habitable "Tenemos agua-la pila está completamente atascada-y aunque no tenemos baño vamos al albergue... Yo enganché dos veces la luz pero la madera la corta".

Donde hay mujeres los lugares suelen ser algo más dignos. Alguien -prefiere que le denominen así- forzosamente acostumbrado a la podredumbre, cuando visitó un estercolero próximo al suyo habitado por una pareja ex-

clamó: "se nota que hay una mujer, está limpio". La habitación llena de botellas vacías y de útiles de cocina con restos pegados, producía vómitos.

Quiénes ocupan los *chupanos* frecuentemente fueron arrojados del hogar. Una compañera de José lo asegura: "mi madre me echó de casa. A casi todos nos pasa lo mismo y como no tenemos dónde ir...". Pueden recogerse en pisos, pero no parece una solución. Alguien afirma: "A mí, la última vez que estuve en el piso me sacó un *taleguero* -delincuente salido de prisión- y para defenderme cogí un cuchillo de cocina. Me echaron. Ahora el *taleguero* está en el piso y yo en la calle". No todos pueden ir a los pisos. Las parejas por nada del mundo consentirían en ser

"A Javi 'el gordo' lo sacó la policía muerto de un 'chupano' cuando ya estaba pudriéndose".

separadas. En el albergue sólo pueden pasar tres días. Una compañera de José dice que la única solución es que nos den un piso. Nosotros sí que tenemos falta de él y no es gente que tiene ya uno."

Cuando hablamos del derecho a una vivienda, las reacciones son múltiples: "¿A qué esperan para darnos una casa?" o "¿Qué hacemos viviendo en esta mierda?" o "¿Es que no somos personas? Por gusto no vivimos en esta pocilga," son algunas de las respuestas. Una de las chicas -debió ser preciosa en otro tiempo- me mira. Sus ojos sangran. Al día varse en los mios hace que me estalle el pecho. Abre la boca para contestar y sólo muestra una irónica y goyesca sonrisa. Le faltan los cuatro dientes superiores. ■

Los indigentes han sufrido tres ataques

## Un hombre quema con gasolina a un mendigo que dormía en la calle

LUIS FERNANDO DURÁN, Madrid

Emilio Vélez, un mendigo barbiluengo de 33 años, despertó ayer sobresaltado en la calle de San Bernardo. Al abrir sus ojos se vio envuelto en llamas. Un hombre, que se dio a la fuga, había prendido su manta tras rociarla con gasolina, según varios testigos. Pese a la reacción de sus compañeros, el fuego le dañó el brazo y la cara. Éste no es el primer ataque que sufren los pedigüeños del distrito Centro. Los mendigos afirman que, en los últimos 15 días, otros tres han sido agredidos por "fachas". La policía niega esa versión.

Los limosneros dormían entre los escaparates de la tienda de muebles Permanent, de la calle de San Bernardo. Acurrucados sobre los cartones pasaban la noche Emilio Vélez, de 34 años; Javier Meseguer, de 33; José Manuel de la Calva, de 40; Marcos, de 36, y una mujer a la que llaman *la borracha*. Durante el día, los cinco piden limosna en las escalinatas de la iglesia de los Dolores. A diario suelen recaudar una media de 500 pesetas, el doble los sábados y domingos.

Hacia las ocho y media de la mañana de ayer todos los mendigos despertaron. Vieron aterrados cómo Emilio estaba envuelto en llamas. "De repente me di cuenta que estaba quemándose la manta, era como una antorcha, pero rápidamente me echaron ropa encima", comentaba ayer, todavía medio asustado, Emilio Vélez, natural de Bilbao y huérfano desde los 11 años.

Las llamas le prendieron la mano, la barba, las cejas y parte del cuero cabelludo. Ninguno de los mendigos pudo contemplar lo que, por el contrario, sí vieron varios vecinos en ese frío amanecer.

Un residente de la calle de San Bernardo que no quiso revelar su nombre aseguró a la Policía Nacional que un indivi-

duo de mediana edad y buena presencia había sido la persona que intentó quemarlos. Este testigo comentó: "Estaba en mi terraza y vi cómo les echaba algo encima. Luego encendió un mechero y prendió la manta que cubría a uno de ellos".

El propietario de un puesto de periódicos próximo ratificaba esta versión: "Les han intentado quemar, y además creo que ha sido un joven que se pasea a menudo por aquí".

### Distintas versiones

Con estos testimonios la policía inició ayer las pesquisas para esclarecer los hechos. Según un portavoz policial, la versión de los mendigos es inverosímil, ya que no se han encontrado en el lugar de los hechos restos de gasolina.

Los agentes, no obstante, han recomendado a los indigentes que busquen un albergue o bien que elijan otro lugar para pasar la noche. Además, para tranquilizarlos les han prometido que una patrulla *peinará* la zona cada media hora.

Según los mendigos, el ataque de ayer es el tercero que sufren en el último mes. El pasado viernes, el fuego también interrumpió el sueño de Marcos, otro indigente. Sus amigos afir-



MIGUEL GENE

Emilio Vélez muestra su mano vendada tras las quemaduras.

man que le tiraron una botella ardiendo para abrasarle mientras dormía en un bajo de la calle del Conde Valle Suchil.

Hace un mes, en ese mismo lugar, un grupo de jóvenes —calificados por los mendigos como "fachitas"— atacó a Javier y José Manuel al grito de "mendigos, os vamos a matar".

"Me tiraron un ladrillo a la cabeza mientras nos insultaban y nos amenazaban", recordaba ayer Javier Meseguer, quien lleva dos años pidiendo en la puerta de la iglesia de los Dolores.

A pesar de lo ocurrido, to-

dos los mendigos están dispuestos a permanecer por la zona. "Eso sí, ahora estaremos en guardia por si vuelven con las mismas intenciones", indica Vélez, bizco, huérfano desde los 11 años y limosnero desde que perdió su trabajo de fontanero hace cuatro años.

Vélez aclaró: "No utilizamos los albergues porque imponen condiciones muy rígidas, y el metro tampoco, porque está lleno de toxicómanos".

Emilio Vélez tan sólo pide una cosa: "Que nos dejen en paz si hemos elegido esta forma de vivir".



# Nuevos pobres de clase media

La crisis económica fuerza a licenciados, empresarios y comerciantes a acudir a Cáritas

ALEX RODRÍGUEZ, Barcelona  
Son licenciados, empresarios otrora de más o menos postín o simples tenderos. La crisis económica ha llamado a su puerta y la pobreza ha entrado en sus domicilios, ubicados, en ocasiones, en los buenos barrios de Madrid o Barcelona. No mendigan por la calle, ni visten ropas andrajosas. La mayoría, todavía, llevan corbata, aunque vivan en albergues para indigentes o transeúntes. Son los nuevos pobres, que pasan inadvertidos en el paisaje urbano. Pero no para Cáritas. Sus ventanillas de atención a los desfavorecidos han descubierto, en 1993, un nuevo rostro de la pobreza: las clases medias.

Representan entre un 10% y un 30% de los casos que atienden en las distintas oficinas de Cáritas, organización que depende de la Iglesia católica, aunque aflojarán más, dicen sus responsables. Así, en la oficina que esta institución tiene en la calle de San Bernardo, de Madrid, son "unos seis casos" de los "25 o 30 que hemos atendido en 1993", dice Rosalía Portela, asistente social.

Todos permanecen en el anonimato, pero tienen vida y rostro. Este es el caso de un antiguo vecino de la glorieta de San Bernardo, que ahora vive en un albergue para indigentes. Es uno de esos "cinco o seis". Tiene 50 años y dos carreras: Económicas y Filosofía. Perdió su empresa privada hace dos años, así como a su mujer e hijos. Se separó. Está apuntado en el Inem como parado, pero ni siquiera ha conseguido trabajo como albañil. Tiene la impresión de que no le dieron ese trabajo en la construcción porque saludó correctamente, llevaba corbata y no tenía callos en las manos. También, indican quienes le conocen, porque tiene la cabeza bien amueblada y puede plantear reivindicaciones. O porque no era albañil. Todavía no ha pedido dinero a Cáritas; vive de las 35.000 pesetas que consigue de sus amigos del barrio. Gracias a ellos come caliente, y a Cáritas, que ya prevé que tendrá que darle una ayuda económica, mantiene la ilusión de trabajar.

## Cultura de consumo

"Es una situación novísima y de difícil solución", sentencia Pilar Malla, responsable de Cáritas Diocesana en Barcelona. En su oficina han atendido durante 1993 un total de 1.096 casos, el 10% correspondientes a las clases medias, a nuevos pobres. Muchos de ellos, la mayoría, piden dinero para hacer frente al alquiler de sus viviendas. Este es el caso de un propietario de un establecimiento de ropa de lujo de Barcelona. Tuvo que cerrar el comercio e indemnizar a sus empleados. Ahora, se ha comido los ahorros, y con 45 años, llama a la puerta de Cáritas pidiendo ayuda económica para pagar la mensualidad de su piso en la par-

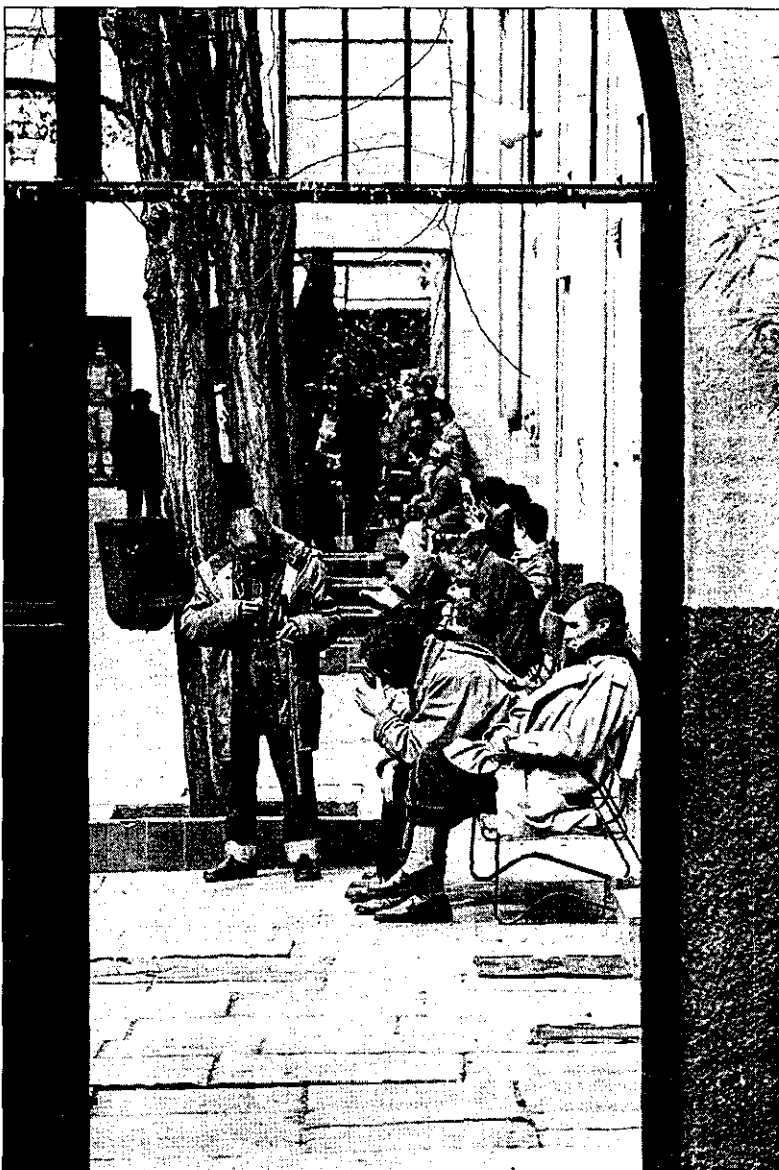
te alta de Barcelona. Es otro perfil, pero no el común. La oficina de Cáritas de Barcelona, que maneja un presupuesto de 1.144 millones de pesetas, dibuja el rostro más habitual: las parejas jóvenes y con un hijo. Ambos trabajan, hasta que uno, habitualmente la mujer, pierde el empleo, consume el subsidio de paro y empiezan los problemas. Ahora entran en casa la mitad de los ingresos mensuales, que eran de unas 225.000 pesetas. El alquiler es de 80.000. Y acuden a Cáritas en busca de alguna colaboración económica. "Pero nosotros podemos dar una ayuda puntual, porque no podemos crear una bolsa de ayuda para el alquiler de viviendas", dice Malla. "Les aconsejamos que reduzcan gastos", y advierte: "La sociedad ha de hacer un nuevo planteamiento. Hemos estado inmersos en una cultura de consumo, pensando que estábamos en un país de fábula, y ahora descubrimos la realidad".

La economía de combate, sin embargo, hace meses que funciona en una familia del madrileño barrio de Tetuán, donde no saborean un pescado o un filete desde hace seis meses. Las patatas, el arroz o las lentejas se han convertido en el menú habitual, de plato único. El cabeza de familia, de 43 años y con cuatro hijos, tiene un taller de tapizado de automóviles, pero el negocio no marcha. Pese a ello no ha cerrado porque sostiene que la "crisis es temporal", dice Nati Casanova, de Cáritas. Eso sí, ya debe 500.000 pesetas a la Seguridad Social. Paga 40.000 pesetas de alquiler y mantiene la esperanza.

No es un tópico que en Navidad la pobreza se hace más irritante si cabe. Nos han educado en la insistencia de que en estas fiestas hay que ser felices por narices. Quizá por ello el escritor italiano Manganelli acaba de arremeter contra la Navidad con sus atroces recuerdos de adolescencia.

Si el 70% de los españoles opina, según la última encuesta de Demoscopia para EL PAÍS, del pasado mes de diciembre, que en España ha vuelto a rebrotar con fuerza la pobreza, algo habrá de verdad. Pero lo grave no es descubrir que, a pesar de vivir en una sociedad opulenta, existen pobres. Lo grave es que el número de familias que viven en un estado considerado de necesidad está aumentando vertiginosamente, al mismo tiempo que crecen en toda España los sin techo, costreñidos a dormir arropados por cartones viejos en aceras y subterráneos callejeros.

Y lo que llama aún más la atención es que ese ejército de más de 30.000 personas tiradas en la calle no son únicamente minusválidos psíquicos o adictos al alcohol y a la droga dura. En esa triste aglomeración de superpobres se hallan también personas que hasta ayer vivían con decoro en sus casas y que, de la noche a la mañana, al quedarse sin trabajo, rodeados de hijos, y no hallar otro empleo, avergonzados y derrotados, se han encontrado de repente viviendo a la intemperie.



Varias personas esperan en el albergue para indigentes San Isidro de Madrid.

RICARDO GUTIERREZ

## OPULENCIA Y MISERIA

### Los sin casa

JUAN ARIAS

Por vez primera después de muchos años pueden verse, por ejemplo, en Madrid, a la hora de comer, filas enormes de personas de todas las edades en busca de un plato de sopa caliente a la puerta de un convento o de alguno de los varios centros de asistencia.

Es justo que la Iglesia levante su voz contra las injusticias sociales, porque una Iglesia muda es una Iglesia traidora. Y hace bien el Estado en mantener instituciones varias que protejan y ayuden a los más desfavorecidos, porque ante el hambre, con nombre y apellido, no se puede alegar que primero hay que "cambiar las estructuras sociales". Pero todo esto no basta, ni para la Iglesia ni para el Estado, si al mismo tiempo sus representantes, clérigos o laicos, tanto personal como institucionalmente, no dieran ejemplo de un mínimo de austeridad y de toma de conciencia de que hay cada vez más miles de personas en situaciones dramáticas. Y ante esto, todo desplumado inútil, toda exhibición de lujo

desvergonzada, todo tipo de escándalo financiero, se convierte en una doble bofetada a esos nuevos pobres de cuya existencia preferiríamos no enterarnos.

Por lo que se refiere a los gobernantes, las continuas revelaciones de miles de millones saqueados a los contribuyentes en beneficio propio o de los partidos. Y por lo que se refiere a la Iglesia, por ejemplo, el nuevo escándalo del Banco Vaticano, que se ha prestado últimamente (¿a cambio de qué?) a que pudieran salir de Italia, rumbo a los bancos suizos, miles de millones de pesetas de un grupo industrial italiano para comprar a los políticos, anula la generosidad misma de tantas instituciones católicas o simples ciudadanos de esta confesión que intentan aliviar los dramas más inmediatos.

La fuerza del ejemplo seguirá siendo un valor fundamental incluso en las sociedades más indiferentes o descreídas. En tiempos de vacas gordas y de vacas flacas. Pero si en tiempos de abundancia podría aparecer menos imperioso, en momentos de crisis como éstos resulta un imperativo no sólo ético, sino hasta estético. La ostentación y el desplumado, con tres millones de españoles sin trabajo, con un 30% de familias en el límite de la pobreza y con 30.000 personas durmiendo en las calles son un atentado a la propia dignidad personal o institucional. No tiene perdón, ni de los dioses, ni de los hombres.



# La Oficina del Transeúnte atendió 550 casos durante su primer mes de funcionamiento

*El centro coordinará planes de integración social para los marginados*

Angeles RIVERO

La Oficina de Información al Transeúnte prestó alrededor de 650 servicios desde su inauguración el pasado día 8 de octubre. Según el informe realizado por Doris Calderón, directora del centro, durante el primer mes de funcionamiento se atendieron 550 demandas presentadas por más de 300 personas. La mayoría solicitaron vales de comida o plazas de albergue, aunque también hubo quienes pidieron información sobre cuestiones puntuales —vivienda, toxicomanías, malos tratos—, medicamentos o dinero para regresar a su lugar de origen.

Con sede en los locales que Cáritas Diocesana tiene en el número 37 de la calle Cibrales, la Oficina del Transeúnte coordina los recursos del albergue Covadonga, la Cocina Económica, Cáritas y la Fundación Pública de Servicios Sociales Municipales. Entre sus objetivos a medio plazo figura la realización de un estudio sobre los transeúntes de la comarca gijonesa para la puesta en marcha de planes de integración social.

## Procedencia del transeúnte

Según se desprende del informe realizado con datos facilitados por 274 personas de las más de 400 recibidas hasta la fecha, el 23,71 por ciento de los transeúntes que acuden a la oficina reside en la comarca gijonesa, el 21,48 por ciento procede de otras comunidades autónomas, y el porcentaje restante corresponde a personas de origen asturiano. De los 274 transeúntes «fichados» tras la puesta en marcha del sistema documental del centro, sólo 35 son mujeres.

«Asturias tiene una cobertura asistencial y caritativa muy amplia en relación a otras comunidades autónomas. Los transeúntes



Unas 2.500 personas recibieron ayuda de las instituciones de caridad en 1989.

tes que nos visitan procedentes de otros lugares pueden pasar un mes entre los distintos albergues de la región y de forma gratuita», explica Doris Calderón, directora de la oficina gijonesa. «Nosotros pretendemos ampliar la cobertura a los transeúntes de nuestra zona geográfica para favorecer su asentamiento definitivo mediante programas de integración social».

El 20 por ciento de las personas que pasan por la Oficina de Información al Transeúnte son jóvenes de edades comprendidas entre los 20 y los 35 años que, por lo general, carecen de traba-

jo y experiencia laboral, proceden de espacios marginales, se conocen entre sí, no perciben ingresos, tienen una formación muy deficiente y normalmente suelen estar vinculados de alguna forma con el alcohol, las drogas o la mendicidad.

En palabras de Doris Calderón «hemos recibido a muchos jóvenes procedentes de otras comunidades que, aprovechando la amplitud de la cobertura gijonesa, residen desde hace un año en la ciudad y su entorno sin un asentamiento fijo. Se encuentran en una situación de total dependencia institucional y sin gran-

des expectativas de trabajo, vivienda o vida normalizada. Simplemente se han quedado en Gijón porque consideran que ésta es una buena ciudad para ejercer la mendicidad».

## Problemas generalizados

Los usuarios de la Oficina de Información al Transeúnte presentan carencias tan diversas como generalizadas: algunos tienen problemas afectivos, de integración social, incomunicación o agresividad; muchos ejercen la mendicidad porque carecen de recursos propios; hay quienes tienen juicios pendientes o se encuentran a la espera de cumplir sentencia; la mayoría no tiene trabajo ni percibe el subsidio de desempleo; un elevado porcentaje se encuentra en conflicto con su entorno familiar; y los hay que padecen enfermedades, minusvalías o se encuentran vinculados al alcohol y la droga. «Son lo más marginal de lo marginal», en palabras de las cuatro asistentes sociales que trabajan en la oficina.

Según las estadísticas incluidas en el informe correspondiente al primer mes de funcionamiento del servicio, sólo el 4,37 por ciento de los transeúntes gijoneses tienen algún tipo de formación profesional. El 18,2 por ciento ha realizado estudios primarios, mientras casi el 4 por ciento de los transeúntes no sabe leer ni escribir o lo hace con dificultades.

Para Doris Calderón, la solución al problema que representan los transeúntes pasa por una política de servicios sociales similar en todos los ayuntamientos asturianos, la puesta en marcha de programas preventivos y de reinserción social, la coordinación entre instituciones y la conversión de los albergues en centros de acogida y tratamiento.

Mil quinientas personas demandaron el año pasado los servicios que presta la Oficina de Información al Transeúnte, cuyo balance recoge un total de 6.500 atenciones. Las demandas más frecuentes fueron de

manutención, alojamiento y medicinas. Su responsable, Doris Calderón, prevé un incremento de las personas «sin techo» en Asturias como consecuencia de la crisis y de la apertura de fronteras.

## La Oficina del Transeúnte atendió 6.500 demandas en el año 1991

*La crisis y la apertura de fronteras provocarán un aumento de los colectivos «sin techo» en Asturias, según la entidad*

Angeles RIVERO  
La Oficina de Información al Transeúnte, con sede en la gijonesa calle de Cabrales, atendió unas 6.500 demandas, correspondientes a 1.500 personas, durante el ejercicio 1991.

Según datos facilitados por Doris Calderón, responsable de la oficina, más del cincuenta por ciento de los transeúntes recibidos son asturianos. Sólo en Gijón y sus alrededores fueron detectados 74 casos crónicos, entendiéndose como tales aquellas personas cuya subsistencia depende enteramente de las instituciones de beneficencia.

### Demandas más frecuentes

Las demandas más frecuentes en la Oficina de Información al Transeúnte son de alojamiento, manutención, medicinas —sólo en diciembre de 1991 se pagaron 62.620 pesetas en la farmacia— y viajes, pero hay quienes piden desde herramientas para incor-

porarse a un puesto de trabajo hasta prótesis dentales o gafas.

«Satisfacemos todas aquellas demandas de personas sin recursos que nos parecen razonables. Incluso damos bonobuses y dinero para el café a quienes asisten a cursillos, con el fin de que no se sientan discriminados», cuenta Doris Calderón.

Según la responsable de la oficina, los colectivos «sin techo» en Asturias (básicamente, indomiciliados, inmigrantes y transeúntes) aumentarán a corto y medio plazo como consecuencia de la crisis y de la apertura de fronteras.

«Ya el año pasado detectamos mayor número de extranjeros en Gijón, fundamentalmente de personas procedentes de Marruecos y países del Tercer Mundo o del Este —antes venían mayoritariamente de Portugal—. También notamos las repercusiones en Asturias de las campañas de "limpieza" realizadas en ciuda-

des como Madrid, Barcelona o Sevilla», explica.

El más difícil todavía del trabajo que realiza la citada entidad es la polivalencia de sus beneficiarios. Un 35% tiene entre 18 y 27 años, no se incorporó al mundo laboral, sufre desarraigo familiar, carece de formación y, en ocasiones, tiene antecedentes penales y está vinculado al alcohol o a las drogas.

### Enfermos

Otro 35% está en edad comprendida entre los 45 y los 60 años. «La mayoría tiene la salud muy deteriorada, consume alcohol en exceso y lleva más de cinco años utilizando albergues y otros servicios para transeúntes».

Un 16% se encuentra a tratamiento psiquiátrico. «Son personas difíciles para la convivencia y el diálogo, porque suelen tener arranques de violencia». El 8% es extranjero, mientras que el



Doris Calderón, responsable de la Oficina de Información al Transeúnte.

6% restante tiene entre 30 y 40 años de edad.

Como característica en común a todos los «clientes» de la oficina, Doris Calderón cita el hecho de «estar excluidos de todo». Cita como ejemplo el caso de un transeúnte que no pudo comprar tabaco con los duros y pesetas que consiguió pidiendo limosna, porque el propietario del estanco se negó a cobrarle en moneda

tan fraccionada.

La Oficina de Información al Transeúnte, inaugurada el 8 de octubre de 1990, tiene este año un presupuesto de seis millones de pesetas, financiado íntegramente por el Ayuntamiento de Gijón, además de los recursos materiales y humanos que aportan Cáritas, el albergue Covadonga y la Asociación Gijonesa de Caridad.

## Las entidades benéficas de la región se coordinarán

A. R.  
Para 1992 está prevista la coordinación de los organismos de beneficencia existentes en Asturias y la puesta en marcha de actuaciones para la reinserción de colectivos «sin techo», entre ellas, programas de rehabilitación de alcohólicos y talleres ocupacionales.

«Darles cobertura y luego echarles no sirve para nada», explica Doris Calderón, responsable de la Oficina de Información al Transeúnte. «Nuestra intención es lograr una coordinación seria en Asturias para evitar que sigan rotando, pero esto exige alternativas encaminadas a la formación ocupacional, integra-

ción social e inserción laboral de los transeúntes», añade.

### Unidades para enfermos

También se planteará la necesidad de crear unidades intermedias entre los hospitales y los albergues. «La mayoría de las personas que utilizan el albergue Covadonga, por ejemplo, son enfermos que deberían estar en centros de rehabilitación», explica Doris Calderón.

Finalmente, la Oficina del Transeúnte realizará este año dos estudios sobre la salud mental de sus «clientes» y los colectivos «sin techo» en Asturias. El primero será la tesis doctoral de un psiquiatra.

## Un delirio en cada habitación

Nueve vagabundos con enfermedades mentales graves pasan de la calle a compartir pisos

ANA ALFAGEME, Madrid  
Esther hace buen café, alarga las galletas María y se mueve por el terrazo blanco de su piso como si estuviera de visita y le diese vergüenza. Hace poco voceaba por las ca-

lles, perdida en el delirio, fregaba los platos en el albergue madrileño de San Isidro y toda su ilusión era comprarse un kilo de langostinos y comérselos a la vera del río Manzanares. Ahora, gracias a un progra-

ma subvencionado, único en España, vive en un piso —su casa— con tres mujeres más y un hombre, enfermos mentales sin hogar, como ella. Otros ocho vagabundos han pasado del albergue a una casa.

Lo de Esther es una historia de quién te ha visto y quién te ve: la diferencia entre una mujerona gorda que pasaba los días enteros durmiendo en los bancos del albergue de San Isidro disfrazada de esperpento —nunca había tallas para ella en los roperos de las monjas— y la mujer de hoy, 47 años bien llevados, batita limpia y mirada casi ciega —ve mal— pero esperanzada.

La historia de Esther tuvo un largo preámbulo —monja de clausura que comenzó a delirar, madre soltera, asistenta y algunos días para olvidar vagando por las calles—, pero empieza de verdad un día de verano de 1990 cuando supo en el albergue —del que era clienta desde hacía cinco años— que había unos chicos que le podían dar un piso.

### Habilidades sociales

Los chicos en cuestión eran un psicólogo y dos monitores —entre un equipo de 10 profesionales— que se empeñaron en tratar a los locos vagabundos como personas, y que querían demostrar que pese a sus fantasmas y sus delirios, esa gente podía volver al mundo, con cosas tan tonas como saludar a la vecina en el ascensor, hacer la comida y discutir por los turnos de limpieza de la escalera. Esas cosas que los psicólogos llaman habilidades sociales, y que ellos, atrapados en la calle por la enfermedad, habían olvidado.

El nombre de este tinglado es Iniciativa Innovadora número 23 del plan de Pobreza 3 de la Comunidad Europea (de las 12 que hay, es esta la única que se ha montado en España). El responsable es un psicólogo, Francisco Jourón, y el objetivo consiste en acercarse a los locos que viven en el albergue o están en contacto con él —han pasado 59 por el programa— y comenzar a trabajar su mente como un masajista recupera un músculo; hacer que tomen su enfermedad en cuenta y vuelvan al psiquiatra, que se hagan cargo de sus ropas y sus asuntos y hablarles del mundo real —ése que ellos ven desde la barrera— y de sus contradicciones.

El final del camino, o el principio, es llegar al piso compartido, organizarse y recuperar la normalidad.

El dinero —207 millones— lo ponen la Comunidad de Madrid, la CE, y el Ministerio de Asuntos Sociales. El programa dura hasta 1994, aunque la Comunidad quiere seguir con ello y también el Ayuntamiento —propietario del albergue de San Isidro— colabora. Razones hay: uno de cada tres huéspedes del centro de acogida es un enfermo mental grave, según las estimaciones del propio albergue.

Esther —un nombre supuesto que ella misma ha elegido para



Esther, en la habitación del piso compartido de Madrid.

SANTOS CIRILO

proteger su intimidad— fue la pionera, porque, después de un entrenamiento, llegó a la casa, el primer piso, hace justo un año. Pasó lo esperado: se deprimió —“es que”, dice, “soy maniaca depresiva”— y por las mañanas se preguntaba el porqué del amanecer.

Jourón lo explica: “Pasan de un lugar con mucha gente (279 personas) con horarios rígidos, donde todo está establecido y llegan a un piso al que tienen que convertir en su casa. Es un auténtico reto”. Allí tienen, por ejemplo, que hacer la compra o limpiar, decidir a quien reciben, organizar sus vacaciones, como lo hicieron el pasado verano. Esther, con sus días malos y todo, es ya la líder del piso, donde viven tres mujeres más y un hombre joven.

Ahora ya no piensa en los lan-

gostinos al borde del río, sino en irse de vacaciones, en recibir en casa a su hijo de 14 años —que es tan listo, según dicen los profesores y que vive con una familia—, en pasear por las tardes por el Retiro para hacer ejercicio y en intentar entrar en la ONCE; en hacer la compra los sábados y recordar de vez en cuando aquella orquídea que le llevaron sus psicólogos al hospital cuando la operaron. “Eso”, recalca, “nunca se olvida”.

### Sombras en el albergue

Con Esther —quien cada día se encarga de cocinarles a los otros— vive hoy una mujer más joven que sufría paranoias y que ahora es asistenta. Es la más peleonera y la más independiente. Y dos señoras que vagaban por el

albergue sumidas en el silencio, y un chico loco por la música que pasaba por mudo y a quien hubo que aproximarse hablando de boxeo. Problemas hay, dice Jourón, sobre todo de convivencia. Y aquí es el chico quien se ha cansado antes. Problemamente pasará a la nueva casa en la que sólo habrá hombres.

El otro piso —con cuatro mujeres de entre 34 y 54 años— funciona desde octubre y necesita más tutela. Al principio hubo que hablar, incluso, de la forma de coger el Metro y no perderse.

Pero aquellas señoras ensimismadas en su locura, que iban del banco al patio del albergue, del patio al comedor sin que se notase, asisten hoy a cursos de cerámica y marquetería y alguna busca trabajo.

Y poco a poco se acercan incluso a sus familias.

## Preparados para entrar en casa

A. A., Madrid

Juan empezó a ver dragones en el Sáhara, en la Legión. De eso hace 20 años. Luego, sus huesos dieron en varios psiquiátricos, en un club de alterne donde hacía de chico para todo y, por supuesto, en la calle, por donde iba hecho una pena. Hoy es un señor pulcro, de chaqueta de hilo y solapa con la insignia del Tercio, obsesionado por repetir eso de “lo importante es ayudarte tú, entrenarte en las habilidades sociales”. Eso lo aprendió de unas psicólogas que encontró en uno de los manicomios. Es solícito y amable, pero se confiesa más chulo que un ocho.

Juan está a punto de entrar en un piso que empezará a funcionar dentro de un mes y en el que vivirán cinco hombres. De momento, se las apaña con 33.000 pesetas al mes —cobra el Ingreso Madrileño de Integración— y en el programa le pagan habitación en una pensión del centro.

### “Así estaba yo”

Uno de sus compañeros será Nicolás, un nombre supuesto para hablar de un cincuentón de manos recias, que se peleó los garbanzos en la mina y también, casualidades, en la Legión. Nicolás bebe *bitter* pero el alcohol ha agravado su esquizofrenia aguda, que cumple ahora los 20 años. Él entra y sale del albergue desde el año 1981 y es de los que ha vivido debajo de los puentes, peleándose con las voces que dentro de su cabeza le colmaban de insultos y vagando, insomne, por las noches. Tras el *bitter*, Nicolás sube al albergue de San Isidro, donde vive, dando caladas al pitillo. Mira de reojo a dos vagabundos jóvenes y sucios que han instalado sus chismes en un banco. “Mira, así estaba yo, lo único que iba un poco más limpio”. Juan, que le acompaña, musita: “Si es que...”.

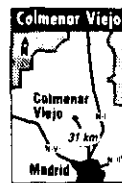
Ahora Nicolás toma puntualmente la medicación, visita a su psiquiatra y se entrena para los cambios que vendrán: reuniones para conocerse los cinco hombres, donde se ponen las condiciones: el programa paga el piso, el teléfono, la luz y el gas. Ellos deberán seguir las prescripciones del psiquiatra, limpiar, cocinar y hacer la compra, no deberán agredirse ni probar el alcohol. Un psicólogo y un monitor velarán por ellos, para tomarles de la mano y llevarles hacia la independencia pasito a pasito.

A Nicolás se le ve un poco más reticente que a Juan, que está dispuesto, incluso, a aprender a cocinar. Pero es que está muy ocupado, cuando los dolores de cabeza le dejan, en escribir la historia de Navel, el tercer hijo de Caín. “Tiene mucho que ver con el origen de los negros”, dice.

## El único mendigo de Colmenar vive en una marquesina de autobús

SOLEDAD GALLARDO

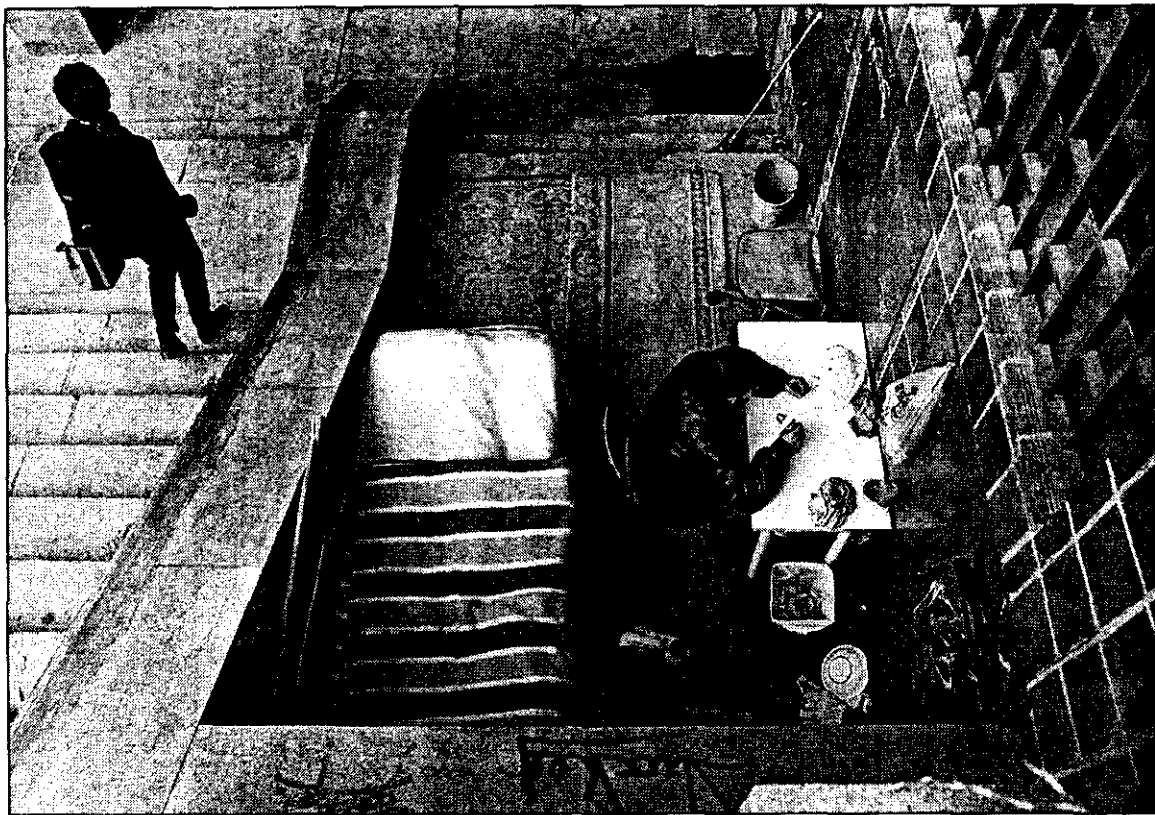
**Colmenar Viejo**  
Colmenar Viejo (24.700 habitantes) tiene un solo mendigo. Felipe V dormirá esta noche, como ayer y desde hace unos tres meses, en



la marquesina de la parada del autobús situada en La Corredera, al norte del casco urbano de Colmenar Viejo. *Felipe V*, o Carmelo Naranjo, como figura en su carné de identidad, aunque él diga lo contrario, tiene 36 años y llegó a este pueblo a finales del pasado verano y aún continúa allí tomando notas y haciendo, según él, un trabajo de telecomunicaciones que es necesario para evitar el apocalipsis que se avecina para el día 2 de junio.

En ocasiones, el Ayuntamiento de Colmenar Viejo y voluntarios de Cáritas se han ofrecido a facilitarle el acceso a un centro de atención y recogida de personas sin hogar; él, drásticamente, se ha negado. Alejandro Moriño, portavoz del Gobierno municipal, afirma: "Nos sentimos impotentes para echarle o ayudarle. Es un residente más que quiere vivir así, en la calle".

Con el paso de los días, el Ayuntamiento y los vecinos, en un principio asustados, han comprendido que Carmelo Naranjo no es peligroso y cada vez son más las personas sensibilizadas con su miseria que le dan conversación, bocadillos y algunos tragos de vino en su residencia actual, la marquesina de La Corredera.



CRISTÓBAL MANUEL

Ambrosio Jiménez almuerza en su hogar, bajo el paso elevado de Eduardo Dato.

Los vecinos agradecen a Ambrosio Jiménez que les limpie el barrio de travestidos

## Un parado vive bajo un puente de la Castellana desde hace año y medio

**CHARO NOGUEIRA, Madrid**  
Lleva una semana sin comer caliente y año y medio durmiendo al sereno. Ambrosio Jiménez García es un vecino poco clásico del barrio de Salamanca, pródigo en seño-

ronas y ejecutivos. Vive entre la calle de Serrano y el paseo de la Castellana, un sitio excelente si no fuera porque su casa es un rincón junto al paso elevado de Eduardo Dato. Tuvo que disputarle el espacio a

yonquis y travestidos, pero desde que él está los vecinos han tenido un respiro con las jeringuillas. Los zaguanes de lujo a veces se abren y le dan un poco de calor. "Un trabajo y un cuartito", pide.

Ambrosio tiene 42 años, pero los últimos cuatro han estado gafados. Desde que en 1967 se vino de su pueblo, Luciana (Ciudad Real), había ido trampeando como albañil o jardinero. Arreglando las matas del Liceo Francés estuvo año y medio con contrato. No se lo renovaron y fue al paro. Cobró el subsidio un año y luego, el ingreso madrileño de integración (IMI o salario de pobreza), 37.000 pesetas durante seis meses. Pero también se acabó y con ello se fue el derecho a cuarto en una pensión.

Cuenta Ambrosio que el verano del 92, cuando la soga apretaba mucho el cuello, descubrió este rincón con vecinos poderosos. El edificio de seguros La Estrella le da techo siempre que no llueva racheado. En la sede del Banco Saudi-Español le guardan el equipaje y él se ha hecho amigo hasta del guarda de la Embajada norteamericana, situada a pocos metros.

Dice un vigilante del barrio

que los responsables de las oficinas cercanas están encantados con Ambrosio, porque evita presencias indeseadas.

"Cuando me instalé aquí tuve que limpiar el suelo con lejía y aguafuerte, porque estaba lleno de jeringuillas y cosas raras. Cuando venían los travestidos, esos que parecen mujeres pero son hombres, y los drogadictos con las jeringas, yo les decía que aquí no", explica. Ambrosio no entiende por qué hay gente que se droga, pero tampoco comprende por qué es imposible encontrar un trabajo que le dé un techo. Ni siquiera suspira por un piso, se conforma con una habitación.

### 'Despensa' vacía

En su rincón urbano, entre oficinas bancarias y un centro de adelgazamiento, Ambrosio ha instalado un limpiísimo y ordenado cuarto con cama, mesa, un par de sillas, palangana y hasta papelería. Un carrito de la compra le sirve de despensa,

pero difícilmente se llena. Todo, sobre dos alfombras viejas. Lava en un cubo y aclara en la fuente del museo de escultura que cobija el paso elevado.

A pocos metros de los escaparates de lujo, el hombre se prepara un bocadillo de salchichón: se lo han regalado hoy en el mercado de Diego de León. "Suelo ir todas las mañanas a ver si me dan algún encargo que hacer y me cae alguna propinilla a cambio".

Entre esto y alguna chapuza de albañil que le da un "pistolero" (encargado de obra), va tirando algo. Estuvo en la vendimia en Valdepeñas en septiembre; "pero me quedó muy poco". Eso sí, trajo unas botellas de vino y un queso a sus amigos los vigilantes. "Para una vez que puedo corresponder..."

Un día y otro, año y medio ya. "Me levanto sobre las siete y media de la mañana y no sé a donde ir. Si tengo dinero, intento tomar un café caliente para entonarme. Luego voy al mer-

cado y por la tarde ya me quedo aquí. Cuando cae la noche, me meto en el saco de dormir y hasta el día siguiente".

Ambrosio tiene la rutina de la falta de rutina. A veces siente una punzada de envidia cuando ve a la gente que se dirige apresurada al trabajo: él no tiene a donde ir, ni apoyo familiar, "y eso es una historia gordísima".

"La gente pasa y le da lo mismo si has comido o no, si tienes frío o no. Alguna vez alguien me trae un bocadillo, pero no tengo gran ayuda, ni siquiera de los curas o las asistentes sociales. La caridad para mí no existe", dice.

No pisa los comedores para pobres, ni los albergues. "Es que no me gustan". Tampoco pide: "Yo no sirvo para eso". Asegura que no ha tenido problemas de justicia. "¿Robar? Ni se me ocurre, aunque no tenga un duro en el bolsillo". Ambrosio no pierde la esperanza, por eso, aleja la amargura. "Algunas veces pienso y otras prefiero hacerlo. Esto no es vida".